

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Michaela Choutková

Eutanázie – právo na život a na smrt

Euthanasia – the right to life and death

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce/Školitel: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha, 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 3. 2011

MICHAELA CHOUTKOVÁ

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. Evě Proškové za cenné rady a pokyny při psaní bakalářské práce. Mé poděkování patří samozřejmě i rodině, která mě plně podporovala.

Identifikační záznam

CHOUTKOVÁ, Michaela. *Eutanázie – právo na život a na smrt. [Euthanasia – the right to life and death]*. Praha, 2011. 93 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Prošková, Eva.

Anotace

Téma bakalářské práce zní Eutanázie – právo na život a na smrt. V teoretické části práce se věnuji obecné charakteristice smrti, zabývám se v ní definicemi eutanázie, pohledem na smrt a eutanázii z psychologického a teologického hlediska. Práce dále zahrnuje historický vývoj eutanázie, věnuje se i její historii v různých náboženstvích.

Následující část je vyhrazena jednotlivým typům eutanázie, především jde o aktivní a pasivní eutanázii, asistovanou sebevraždu, double effect a living will. Uvedené typy eutanázie jsou zpracovány také z právního hlediska. Práce obsahuje argumenty pro a proti povolení eutanázie a její důvody. Poslední kapitola teoretické části se zabývá legalizací eutanázie v Nizozemí a právní úpravou v České republice.

Praktická část obsahuje náhled zdravotníků (lékařů, zdravotních sester) a nezdravotníků (laiků) na eutanázii. Výsledky jsou zjištěny pomocí kvantitativního výzkumu – dotazníků. Pomocí těchto dotazníků je srovnáno pojetí eutanázie z řad zdravotníků, nezdravotníků a popsány rozdíly.

Klíčová slova

Smrt, umírání, eutanázie, aktivní eutanázie, pasivní eutanázie, asistovaná sebevražda, double effect, living will, legalizace eutanázie.

Annotation

Theme of the Bachelor thesis is Euthanasia – the right to life and death. The theoretical part discusses the general characteristics of death, as well as its psychological and theological perspective dying and euthanasia and deals with definitions of euthanasia. It also includes the historical development of euthanasia and deals with the history of euthanasia in different religions. The following part is dedicated individual kinds of euthanasia - especially active and passive euthanasia, assisted suicide, double effect and living will. These types of euthanasia include legal standpoint. Thesis includes arguments pros and cons of

euthanasia and reasons for euthanasia. The last chapter of the theoretical part deals with legalizing euthanasia in Netherlands and legal regulation of euthanasia in the Czech republic.

The practical part includes views of the professionals (doctors and nurses) and the laypeople on euthanasia. The presented results have been found by quantitative research - questionnaires. These questionnaires have been used to explain the differences in understanding the concept of euthanasia among the professionals and laymen.

Key words

Death, dying, euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia, assisted suicide, double effect, living will, legalization of euthanasia.

OBSAH

ÚVOD	9
1 OBECNÉ POJETÍ POJMU UMÍRÁNÍ A SMRTI	11
2 DEFINICE EUTANÁZIE	14
2.1 POJETÍ UMÍRÁNÍ A EUTANÁZIE Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA	14
2.2 POJETÍ UMÍRÁNÍ A EUTANÁZIE Z TEOLOGICKÉHO HLEDISKA	15
3 HISTORIE EUTANÁZIE	18
3.1 EUTANÁZIE ZA NACISMU	19
3.2 EUTANÁZIE A NÁBOŽENSTVÍ	20
4 TYPY EUTANÁZIE	21
4.1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE.....	21
4.1.1 PŘÍKLAD AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE	22
4.2 PRINCIP DVOJÍHO ÚČINKU (DOUBLE EFFECT)	23
4.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA.....	24
4.4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (LIVING WILL).....	24
5 POJEM EUTANÁZIE Z PRÁVNÍHO HLEDISKA	26
5.1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE.....	26
5.2 PRINCIP DVOJÍHO ÚČINKU (DOUBLE EFFECT)	27
5.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA.....	28
5.4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (LIVING WILL).....	29
6 ARGUMENTY PRO A PROTI POVOLENÍ EUTANÁZIE	30
6.1 ARGUMENTY PRO POVOLENÍ EUTANÁZIE.....	30
6.2 ARGUMENTY PROTI POVOLENÍ EUTANÁZIE	31
6.3 DŮVODY EUTANÁZIE.....	32
7 LEGALIZACE EUTANÁZIE	35
7.1 NIZOZEMSKÝ MODEL EUTANÁZIE.....	35
7.1.1 ROTTERDAMSKÁ KRITÉRIA	36
7.2 PRÁVNÍ ÚPRAVA EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICE	38
8 METODIKA PRÁCE	40
8.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	40
8.2 METODY A PROSTŘEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
8.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40

8.4 ZPRACOVÁNÍ ŠETŘENÍ	41
9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
9.1 ZPRACOVÁNÍ IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ.....	42
9.2 OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE VYBRANÉHO TÉMATU.....	47
9.3 CÍLE A HYPOTÉZY.....	70
9.4 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ.....	72
DISKUSE	75
ZÁVĚR	83
LITERATURA	87
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Název mé bakalářské práce je Eutanázie – právo na život a na smrt. Toto téma jsem si vybrala proto, že je to velmi zajímavé, diskutované a pro většinu lidí rozporuplné téma, na které existují rozdílné názory. Eutanázii nepovažuji za problém současnosti, jak je často uváděna, ale jako fakt, který má své místo ve společnosti již dlouho, jen je stále kvůli své kontroverznosti odkládán do pozadí. Většina lidí se bojí mluvit o věcech spjatých se smrtí, je to bráno jako něco špatného, nemorálního. Přemýšlení nad smrtí čeká jednou každého, ať už při čtení této práce, zítra či za padesát let. Neměli bychom se tohoto tématu obávat, protože je to něco neodvratitelného, nevyhnutelného, nezpochybnitelného. Myslím si, že eutanázie by neměla být to, co se stále potlačuje, naopak, mělo by se o ní mluvit, aby si na ni člověk udělal objektivní náhled, ať už pozitivní či negativní. Podle mého názoru si mnoho lidí dělá na eutanázii názor prostřednictvím sdělovacích prostředků, což je ve většině případů chyba, protože v nich obvykle dochází ke zkreslování toho, co eutanázie ve skutečnosti znamená. Eutanázie je buď zlehčována, nebo naopak odsuzována.

V teoretické části práce se budu věnovat obecnému pojetí pojmu smrti. Uvedu definice eutanázie podle různých autorů a postoje ke smrti z různých pohledů – psychologického a teologického. Dále provedu nástin historického vývoje pojmu eutanázie, především se budu věnovat eutanázii za nacismu a také historii pohledu náboženství na eutanázii. Budu se zajímat o jednotlivé typy eutanázie, především o aktivní a pasivní eutanázii, pozornost věnuji i asistované sebevraždě, principu dvojího účinku (double effect) a problematice dříve vyslovených přání (living will). Uvedené typy eutanázie představím i z právního hlediska. Ve své práci se budu vyjadřovat k argumentaci pro a proti uzákonění eutanázie, zmíním se i o důvodech eutanázie. Na zřetel budu brát právní úpravu v Nizozemí, kde je eutanázie legalizována a právní úpravu eutanázie v České republice.

Ve výzkumné části bych ráda pomocí dotazníků zjistila a porovнала náhled na eutanázii ze strany zdravotnického personálu – lékařů, zdravotních sester a nezdravotníků. Bude se lišit vnímání zdravotníků a nezdravotníků na eutanázii?

Cílem mé bakalářské práce je tedy prozkoumat, jestli eutanázie znamená to samé jak pro zdravotníky, tak pro nezdravotníky, nebo zda se jejich názory nějak liší. Dále je to zjištění schopnosti akceptovatelnosti či neakceptovatelnosti různých typů eutanázie a náhledu na eutanázii jak z pohledu věřících, tak nevěřících lidí. To se týká i názorů na eutanázii vzhledem k věku tázaných.

1 OBECNÉ POJETÍ POJMU UMÍRÁNÍ A SMRTI

Vztah a odpovědnost člověka ke smrti je úzce spojen s jeho postojem ke smrti, tedy tím, jaké má člověk vědomí o sobě samém. Velmi důležitá je i víra v posmrtný život, souvislost mezi zlem a smrtí, náhled na nepřátelské mocnosti přírody (Virt, 2000).

V dřívějších dobách nebyla smrt v raném věku ničím výjimečným, ba naopak, situace, kdy rodina neztratila žádné ze svých dětí, byla ojedinělá. Rozvoj medicíny – očkování, užívání léků, především antibiotik přispěl ke snížení počtu úmrtnosti. V dnešní době se dají nemoci, na které se v dřívějších časech umíralo, v brzkém či středním věku úspěšně léčit. Naopak přibývají počty starých osob a těch, kteří trpí poruchami i chronickými potížemi, které jsou spjaté se stářím (Kübler-Rossová, 1992).

V minulosti si lidé pod pojmem smrt představovali něco odpuzujícího, tento náhled na smrt se však po staletí nijak nezměnil. Tento fakt se dá nejlépe vysvětlit z pohledu psychiatrie, kde je velmi důležitá naše vlastní zkušenost se smrtí. V našem podvědomí je smrt něco, co není možné, aby se nám mohlo stát. Smrt si připouštíme pouze ve vztahu s vnějším podnětem, například zabitím. Smrt z přirozené příčiny je pro nás nepochopitelná. Samotná smrt u nás vzbuzuje něco zlého, špatného, co si žádá odplatu či trest (Kübler-Rossová, 1992). Nejhorší není představa člověka nad vlastní smrtí, ale nad smrtí milovaného člověka, teprve zde si člověk uvědomí propast smrti. Říká se, že ten kdo má kladný postoj k životu, musí akceptovat i smrt, bohužel takhle jednoduše to nefunguje (Virt, 2000).

Každý člověk se se smrtí vyrovnává individuálně, pro každého je to velmi skličující téma, ale i přesto jsou lidé členěni na ty, kteří chápou smrt jako přirozenou součást života a uvědomují si, že jednou přijde, i když neví kdy. Snaží se s touto myšlenkou smířit. Jinou skupinou jsou lidé, kteří smrt popírají do úplného konce. Velmi rozdílný je pohled na smrt u zdravého a nemocného, stejně tak jako u mladého či starého člověka. Zatímco zdravý i mladý jedinec si smrt uvědomuje, své myšlenky na ní nesměruje. Naopak starý a nemocný člověk o smrti přemýšlí, bojí se jí, především se bojí bolesti s ní spojené.

Společnost vnímá smrt jako tabu, je vnímána jako morbidní téma a to především ve spojitosti se smrtí dítěte. Nemožnost vyrovnat se se smrtí má dnes

řadu důvodů. Především jde o fakt, že dnes má umírání děsivější podobu než v dřívějších letech, je osamělejší, mechanické, a mnohdy je velmi těžké okamžik smrti vůbec technicky stanovit. Podle čeho lze zjistit, že smrt skutečně nastala? V časech minulých byla odpověď na tyto otázky mnohem jednodušší, přestalo bít srdce, zastavil se krevní oběh i dech. I přesto se lidé obávali, že budou pohřbeni velmi brzy. S pokrokem medicíny se spíše objevily otázky typu: Po jaké době se mají přístroje vypnout. Jak dlouho má smysl, aby byl přístroj nasazen (Virt, 2000).

Tak či onak je smrt nevyhnutelná. Rozporuplnou představu vzbuzuje zamyšlení nad tím, co se právě teď děje ve světě, zatímco člověk sedí v pohodlí svého domova. V této sekundě se například někde ve světě narodilo dítě, jiná žena naopak své dítě potratila. Vysoká rychlost automobilu byla příčinou smrti člověka, v jiné části zeměkoule se naopak na někoho usmálo štěstí a hroznou situaci zvládl snad jen zázrakem. Právě teď si dva lidé říkají společně „ano“, jiným je naopak sdělena věta: „Vaše manželství je rozvedeno“. Ve stejné pozici se nachází i lékař, který se snaží zachránit svého pacienta před smrtí. Na to, aby se člověk ocitl v situaci, která je pro něj koncem života, nemusí být nemocný, nebo starý. Člověk musí mít štěstí, aby se například nenacházel v obchodním domě, kam teroristé nastražili bombu. Každý člověk si říká, že raději zůstane doma, aby se mu nic nestalo, jenže ani v našem příbytku není bezpečno před havarovaným letadlem. Stačí zlomek sekundy a náš život se může obrátit vzhůru nohama. Proto bychom se neměli bránit diskusím o konci života, ať už jsou pro nás jakkoliv nepříjemné (Vozár, 1995).

Zacházení a vztah k lidskému tělu po smrti se v mnohých kulturách výrazně liší. Například v Egyptě byl po smrti člověk mumifikován, byly na něj natírány různé vonné prostředky, aby se zabránilo zápachu. Velmi záviselo na finanční stránce rodiny zesnulého, podle toho se odvíjela následná péče, která byla mrtvému věnována. Věřilo se, že pokud jsou do sarkofágu umístěny věci, které pro zesnulého něco znamenaly, především se jednalo o cennosti, bude duše mrtvého v blahobytu. Indiánské kmeny své mrtvé nechávali po úmrtí volně ležet a nechávali na ně působit vlivy přírody. Jiné kmeny či kultury zesulé spalovali, nebo je zanechávali na pospas přírodě, kde se o tělo většinou postarala zvířata.

U námořníků bylo charakteristické mrtvá těla shazovat do vody.

V současné době jsou místem shromažďování a pohřbívání zesnulých hřbitovy. Uvažuje se však o tom, aby mrtví byli umístováni do vesmíru, to je ale zatím myšlenka budoucnosti. S čím se ale můžeme setkat i dnes, je zmrazování doposud živých lidí, kterým je zastaven krevní oběh, místo krve jim je dána tekutina, která zabrání poškození orgánů a mozku po následném zmrazení, tito lidé jsou pak umístováni do speciálních vodíkových nádob. Většinou jde o lidi s nádorovými nemocemi, kteří doufají, že je třeba za 50 let někdo odmrazí, až bude existovat lék na odstranění jejich nemoci. Vše je prozatím na podkladě bádání a je velká pravděpodobnost toho, že ten kdo se nechal zmrazit, již nikdy nebude přiveden k životu. Tento způsob je samozřejmě finančně nákladný a není zde žádná jistota života.

Již několikrát jsem měla možnost setkat se s lidmi stojícími tváří v tvář smrti. Tito lidé se nacházeli zejména na interních odděleních a v léčebnách dlouhodobě nemocných, kam jsem chodila na praxi.

Největší zkušenost se smrtí, se kterou jsem se setkala a která mě nejvíce psychicky poznamenala, se odehrála na oddělení pro dlouhodobě nemocné. Jednalo se o sedmdesátiletého muže trpícího rakovinou plic, v té době již v pokročilém stádiu, které mu z velké části znemožnilo možnost polykat. V podstatě se dá říct, že ležel na posteli a každou chvíli se dusil, ať už hleny, i přes častá odsávání, či tekutinami, které přijímal, ale byl při vědomí, a když to bylo možné, komunikoval. Vyjadřoval bolest, strach a obavy z toho, jakým způsobem s největší pravděpodobností zemře – udušením. Předpokládám, že nemusím pokračovat, jak skončil příběh tohoto muže.

2 DEFINICE EUTANÁZIE

Eutanázie je známa již dávno, jen se dříve brala jako něco, co ke smrti patří, co ji zlehčuje, ulehčuje i umírání člověka, ať už šlo například o podávání různých prostředků, jako jsou rostliny, které uspíšily smrt. Podle mého názoru je eutanázie v dnešní době chápána naopak jako něco umělého, co ke smrti nepatří, narušuje její integritu.

Pojem eutanázie se vztahuje především ke dvěma základním situacím. Tradičně je pojem eutanázie označován jako **dobrá smrt** (z řeckého eu – dobrý, thanatos – smrt). Ekvivalentem dobré smrti je smrt, která přichází po dlouhém spokojeném životě, je rychlá bezbolestná a ve spánku. Později se termínem eutanázie označovala **smrt z milosti** (z milosrdenství, utrpení) (Haškovcová, 2007).

Vnímání eutanázie je poznamenáno různými polemickými argumenty a emotivními výrazy. Lidé, kteří jsou pro eutanázii, například užívají termíny jako „**dobrá smrt**“ nebo „**usmrcení z milosti**“. Naopak lidé, kteří jsou proti eutanázii, užívají termíny jako „**zničení života**“ nebo „**zabití**“. Odpůrci eutanázie tím naznačují, že se eutanázie rovná jiné formě zabití, například vraždě (O'Connor, Sanchia, 2005).

Někdo chápe eutanázii jako právo, to znamená důstojné umírání v situacích, které znemožňují důstojný život, jiní naopak eutanázii zavrhnou, protože ji považují za protiklad paliativní péče, berou ji jako opak starostlivého a uctivého zacházení s umírajícími pacienty (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007).

2.1 POJETÍ UMÍRÁNÍ A EUTANÁZIE Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA

Pokud jde o psychologický postoj člověka k umírání, dochází zejména k popření. Smrt byla v tomto století a zejména po druhé světové válce tabuizována. Důvodem je zejména to, že se lidé dříve neobávali tolik smrti jako dnes, smrt brali jako úděl každého člověka. Tabuizace smrti neusnadňuje člověku řešit jeho těžkou životní situaci, ať už osobní, nebo z důvodu konce lidského života. Velmi podobné je to i u tzv. detabuizace sexu, což je typické pro naše

století. Sex v člověku vyvolává slast, naopak smrt v nás evokuje strach (Haškovcová, 2002). „*Čím větší prožíváme slast ze sexu, tím větší máme strach ze smrti*“ (Haškovcová, 2002, s. 202).

Psychologický postoj člověka k eutanázii je takový, že jsou zde značné shody se sebevraždou. Nevnímáme jako podstatný rozdíl mezi tím, když člověk vztáhne na sebe ruku přímo, nebo požádá lékaře o injekci, která mu způsobí smrt. Proč člověk dojde do situace, kdy žádá eutanázii? Výsledky psychologických vyšetření ukazují, že zde hraje roli kladný názor zdravého člověka na eutanázii, který se však mění ve stádiu těžké nemoci. V době, kdy byla smrt na požádání u pacienta aktuální, odmítá jí, i přes bolest a nemoc, u které ví, že není možnost vyléčení. Výjimkou mohou být pacienti, kteří se cítí být osamoceni, mají pocit, že jejich život ztratil smysl (Rotter, 1999; Eser, s. 75 – 108), i zde stojí ale za kladným postojem k eutanázii spíše volání o pomoc než skutečný úmysl zemřít.

2.2 POJETÍ UMÍRÁNÍ A EUTANÁZIE Z TEOLOGICKÉHO HLEDISKA

Postoje k umírání vycházejí z víry, která je založena na textech Starého a Nového zákona a na výkladu jednotlivých církví. Pro biblického člověka je život dar, neoddělitelný od vztahu k dárci, který si nemůže zasloužit ani obstat. Člověk, který není v setrvalém vztahu k Bohu, je mrtvý. Ve Starém zákoně je uvedeno, že Bůh uděluje člověku dar života jen na čas. Při umírání by člověk měl vykonat smíření se svým životem, tím je myšleno uvést do pořádku svůj vztah k bližnímu a k Bohu. Přijmout svůj život i s jeho zlomkovitostí, odevzdat ho takový, jaký je. Takový člověk potřebuje při své poslední cestě pomoc jiných lidí, pravdivý a citlivý doprovod (Virt, 2000). Podle katolické církve nic a nikdo nemůže dovolit, aby došlo k zabití nevinné lidské bytosti, ať už je tou bytostí plod nebo zárodek, dítě či dospělý, starý člověk či nevléčitelně nemocný, ale také umírající. Žádný člověk nesmí učinit ani souhlasit s aktem zabití, ať už pro sebe nebo pro jiného člověka, který je svěřen do jeho péče. Žádná autorita nemůže tento čin ani dovolit ani nařídit. Jednalo by se o porušení božského zákona, byl by to zločin proti životu a lidstvu a urážka důstojnosti lidské bytosti. Lidé mohou dojít k přesvědčení, že mohou požadovat smrt pro sebe či druhé, ať už z důvodu nesnesitelné bolesti, nebo jiných

příčin, nemění to nic na povaze vražedného činu, i přes to, že v některých případech může být snížena odpovědnost nebo zcela chybět (Katolická církev. Kongregace pro nauku víry, 2009).

Existují dokumenty, pro příklad Deklarace kongregace pro doktrínu víry, kde se pojednává o otázkách konce života. Papež Jan Pavel II. zde odsuzuje zabíjení nemocných, současně ale zmiňuje třídění prostředků na řádné a mimořádné a uvádí, že „při bezprostředně nastupující smrti, již nemůže být zabráněno používanou léčbou, je dovoleno ve svědomí rozhodnout se odmítnout takovou léčbu, která vede jen k nejistému a bolestnému protahování života“ (Munzarová, 2005).

Odmítnutí eutanázie z teologického hlediska není přísným rozumovým argumentem. V dnešní době každého nepřesvědčí fakt, že Bůh je tím, kdo rozhoduje o životě a smrti, protože argumentem by mohlo být to, že pokud člověk může používat ostatní schopnosti, které má, proč by nemohl využít i schopnost k sebevraždě. Bytí člověka před Bohem znamená, že je schopen ve svém životě dávat lásku, víru a přijímat tak milost od Boha. Před Bohem a bližními má vysokou hodnotu, vydává-li nemocný v trpělivosti a lásce svědectví svého života (Rotter, 1999; Eser, s. 245 - 284).

Církev eutanázii odsuzuje, ale připouští double effect, jde o dvojí účinek léčby, kterou neaplikujeme s úmyslem přivodit smrt, ale s úmyslem např. odstranit či zmírnit bolest. Smrt je však možným účinkem, o němž víme, že může nastat, nevíme však, kdy nastane a zda vůbec nastane (Šmidmayerová, 2009) (podrobněji viz kapitola 4.2). „*Je chvályhodné, rozhodne-li se někdo dobrovolně snášet utrpení a odmítá léky proti bolesti, aby si zachoval jasnou mysl a aby, pokud je věřící, přijal s plným vědomím účast na Kristově utrpení. Nelze se ovšem domnívat, že takový vpravdě "heroický" způsob chování je příkazován všem. Již papež Pius XII. potvrdil, že je dovoleno zmírňovat bolest léky, i když je tím omezováno vědomí a zkracován život, pokud - jak říká - nejsou po ruce jiné prostředky a pokud to za daných okolností nebrání plnění jiných náboženských či morálních povinností*“ (Tomáš, Bahounek, 2006).

Ať už je pojetí smrti jakékoliv, domnívám se, že společným přáním většiny lidí je zemřít pokud možno v kruhu rodiny, bez zbytečného,

dlouhotrvajícího utrpení. Stejně tak, aby bolest ze smrti nebyla příliš velkým utrpením i pro ty, pro které jsme žili a milovali je. Každá smrt, ať už přirozená, způsobená patologickým procesem či vnějším vlivem by měla být co nejrychlejší. Bohužel takováto přání jsou ve většině případů nemožná.

Rodina má důležitý vliv na jedince. Jiné je umírání v kruhu rodiny, jiné o samotě. Většina lidí potřebuje v poslední fázi života chytout za ruku a psychicky (slovy, projevem lásky, přízně, soucitu) či fyzicky (splněním posledních přání, snů, pokud je to možné) pomoci k lehčímu odchodu. Do nedávné doby rodina plnila svoji funkci, těžce nemocní či umírající lidé zůstávali v kruhu rodiny doma.

V dnešní době je mnoho starých lidí spíše přítěží pro své rodiny, které jim nejsou oporou v této fázi života. Stále slyšíme to, že je nyní starý člověk na obtíž nejen pro rodiny, ale i pro zdravotnická zařízení a tedy i pro stát, který za ně hradí zdravotní péči. Staří lidé jsou často umístováni do domovů pro seniory, kde i přesto, že je o ně většinou dobře postaráno (možnost využití psychologa, lékaře, kněze), nedojde k náhradě těchto domovů za rodinu, která je pro starého člověka tolik důležitá. Tato možnost je především vhodná pro jedince bezdětné či osamělé, kteří pociťují potřebu sociálního kontaktu s vrstevníky.

3 HISTORIE EUTANÁZIE

Antická kultura neodsuzovala usmrcení z milosti ani sebevraždu (Císařová, Sovová, 2004). V antice měla absolutní přednost individuální vůle člověka, která přerůstala až v povinnost odejít, pokud by měl člověk být přítěží (Prošková, 2009). Za eutanázii byla brána i smrt bez většího utrpení, smrt ve stáří, která není spojená s většími útrapami. Často byla chápána jako vyvrcholení života. Pod dobrou smrt spadala smrt hrdinská, později to byla smrt z rukou nepřátel či při záchraně přátel a blízkých (Špinková, Špinka, 2006). Sokrates upřednostňoval právo na „milosrdnou smrt“ (Císařová, Sovová, 2004). Aristoteles chápal ulehčení v smrti za změkčilost (Prošková, 2009). Antická lékařská etika se od počátku nezabývala problematikou eutanázie, řídila se Hippokratovou přísahou (Císařová, Sovová, 2004). V této přísaze se píše o zákazu zabití nemocného lékařem (Prošková, 2009).

Ve středověku se počítalo s posmrtným životem, smrt byla považována za důležitý přechod do věčnosti. Bylo zde vědomí tajemství lidského života, do kterého se vstupovalo s úctou (Špinková, Špinka, 2006).

V novověku má pojem eutanázie podobný charakter jako v dnešním slova smyslu. Do tohoto období patří především dva myslitelé, Thomas Moore a Francis Bacon (Špinková, Špinka, 2006). Podle Moora byla morální povinnost člověka nebýt břemenem (Prošková, 2009). Moore zavádí ve své *Utopii* myšlenku, že pokud nemocný odmítne čestnou smrt, tedy smrt vlastní rukou nebo někým jiným při těžké, nevléčitelné nemoci, bude do svého konce obětavě ošetřován (Rotter, 1999). Bacon zdůrazňoval posvátnost posledních momentů života, považoval za velmi důležité využití všech moderních prostředků k tišení bolesti a dalších projevů, které medicína má, aby se nemocnému odcházelo snadněji (Špinková, Špinka, 2006). Velmi důležitý vliv na eutanázii mělo i **osvícenství**, které zdůrazňovalo důležitost autonomie člověka (Špinková, Špinka, 2006).

V první polovině 19. století psychiatr Reil formulovat terapeutický základ eutanázie. Podle něho byl umírající posvátným, pro kterého je povinnost učinit vše, co je v našich silách, aby člověk zemřel pokojnou a přirozenou smrtí (Císařová, Sovová, 2004).

3.1 EUTANÁZIE ZA NACISMU

Na základě knihy s názvem **Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden**, jejíž autory jsou lékař Alfred Hoche a právník Karl Binding, se v Německu rozpoutala tragédie, která měla za následek zabíjení lidí, kteří „nebyli hodni k žití“. K prvním obětem, které nesplňovali kritéria kvality života, patřili duševně nemocní lidé, ať už děti či dospělí, homosexuálové, kteří byli považováni také za duševně nemocné osoby. (Haškovcová, 2007; Emanuel, 1995, s. 27 - 35; Engelhardt, 1996; Munzarová, 2005).

Do způsobu likvidace lidí, kteří „nebyli hodni k žití“ patří především eutanázie prováděná dětem a dospělým. Program dětské eutanázie zahájil v roce 1939 Adolf Hitler. Tato eutanázie vznikla na základě žádosti otce, který požadoval od Hitlera usmrcení svého dítěte, které bylo slepé, mělo zdeformovanou horní končetinu, dolní končetina mu chyběla (Náhlíková, 2008). Říšské ministerstvo vnitra vydalo v srpnu 1939 oběžník, který nařizoval, aby byli evidováni všichni novorozenci s podezřením na některé z těchto postižení: idiocii a mongolismus, mikrocefalii, hydrocefalii, deformity a obrny (Munzarová, 2005). Tyto děti byly umísťovány na „speciální dětské kliniky“ (Haškovcová, 2007), kde zemřely buď z důvodu hladu, nebo po aplikaci smrtící injekce. Vyskytli se i případy, kdy s tímto umístěním dětí, jejich rodiče nesouhlasili, byl však na ně vyvíjen značný nátlak. Odhaduje se, že touto smrtí zemřelo nejméně 5 000 dětí (Náhlíková, 2008).

Program eutanázie dospělých byl označován také jako T4 (Náhlíková, 2008). Tento program byl přísně tajný, jeho název byl odvozen podle berlínské ulice s názvem Tierrgasse 4, kde byla prováděna „likvidace“ životů (Haškovcová, 2007). Toto místo však nebylo jediné, kde byla eutanázie prováděna. Po celém Německu existovalo 6 středisek, ve kterých byli lidé vražděni v plynových komorách. Do konce srpna roku 1941 takto zemřelo 70 000 lidí, zejména s mentálním postižením. I přesto, že byl tento program z důvodu protestů církevních hodnostářů oficiálně zastaven, zabíjení lidí i nadále pokračovalo. Dalších 7 000 lidí bylo zabito, buď prostřednictvím hladovění, léků či užitím plynu (Náhlíková, 2008). Později se začalo diskutovat také o likvidaci lidí na rasovém podtextu (Císařová, Sovová, 2004; Freiová 1996, s. 4).

Podle mého názoru dnešní pojetí eutanázie vychází zejména z toho, co se odehrávalo v nacistickém Německu, kde byl pojem eutanázie přeměněn na něco, co vůbec nesouvisí s lidskostí, s pojetím člověka jako individuální bytosti. Myslím si, že lidé odsuzují eutanázii především z důvodu obavy, že by něco podobného mohlo znovu nastat. Pojem eutanázie užívaný v nacistickém Německu však s eutanázií ve vlastním slova smyslu nesouvisí.

3.2 EUTANÁZIE A NÁBOŽENSTVÍ

V našem kulturním prostředí dominovala židovsko – křesťanská tradice, která se prolínala s tradicí hippokratovskou, můžeme zde vidět negativní postoj k násilnému ukončení života. V judaismu byla povinnost zachránit život člověka, i u beznadějných stavů se upřednostňovala téměř před všemi příkazy (Munzarová, 2005).

Pro islám není eutanázie, tedy „milosrdenství“ důvodem k zabití, který by byl povolen. Podle islámu by měl být život chráněn, protože je to dar od Boha. K výjimkám, kde je možno zabít, patří například cizoložství, trest za opuštění islámu, potrestání v případě zabití člověka, který byl zabit nespravedlivě (Munzarová, 2005).

I v ostatních kulturách či tradicích je patrný nesouhlas, nebo není znám dostatečný důvod k zabíjení nemocných (Munzarová, 2005; Lajkep, 1998). Pro buddhismus platí, že život nekončí fyzickou smrtí, pokračuje do budoucnosti, ať už je karma člověka dobrá či špatná. Utrpení nevymizí smrtí, pokud jedinec nezmění svou karmu k lepšímu. V hinduismu smrt není spojována s životem, nýbrž je v protikladu s narozením (Munzarová, 2005).

4 TYPY EUTANÁZIE

Eutanázie je velmi rozsáhlé téma, proto sice budu věnovat pozornost základní charakteristice typů eutanázie, ale důrazněji se budu zajímat o aktivní a pasivní eutanázii. Eutanázie má mnoho zastánců a odpůrců z laické veřejnosti, podle mého názoru však jen málokdo ví, že nějaké typy či druhy eutanázie vůbec existují. Eutanázie je brána jen jako pojem, bez dalšího členění.

4.1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE

Podle Munzarové se většina autorů ztotožňuje s holandskou definicí eutanázie: „*Eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost*“ (Munzarová, 2005, s. 49).

Aktivní eutanázie je také nazývána jako **strategie „přeplněné stříkačky“** (Císařová, Sovová, 2004). Aktivní eutanázie je také aktivní jednání, které má urychlit či způsobit smrt jiného člověka. Právě tato forma eutanázie je eutanázií v pravém slova smyslu (Špinková, Špinko, 2006).

Někdy nejsou nebo nemohou být splněny vyjmenované podmínky pro aktivní eutanázii, proto se užívají zpřesňující výrazy. Mezi tyto výrazy patří eutanázie nevyžádaná, nebo také eutanázie nechtěná. **Eutanázie nevyžádaná** je takový typ aktivní eutanázie, při kterém pacient není schopen požádat o urychlení smrti. Je možné však předpokládat, že kdyby byl schopen, tak by s eutanázií souhlasil. Dalším typem je **eutanázie nejen nevyžádaná, ale nechtěná**. Ani v jednom případě nelze validně doložit, jestli by si člověk eutanázii přál či ne, proto se hovoří také o **eutanázii nedobrovolné** (Haškovcová, 2007).

Eutanázie pasivní znamená přerušeni léčby nebo zabránění dalších léčebných postupů, které by život nemocného prodlužovaly, a tím ho vlastně neúměrně zatěžovaly (Haškovcová, 2007). Pasivní eutanázie je také označována jako přístup „odkloněné stříkačky“, což znamená se souhlasem a na přání pacienta, již nejsou prováděny žádné další léčebné zásahy proto, že by stejně podstatně neoddlily přicházející smrt. Je pacientovým právem tyto zásahy odmítnout, ale pouze s vědomím, že na sebe přebírá veškerou zodpovědnost za

důsledky, které z tohoto rozhodnutí vyplývají (Císařová, Sovová, 2004). Rozlišit mezi aktivní a pasivní eutanázií může být v individuálních případech opravdu obtížné. Obecně platí, že za rozhodnutí nejednat máme stejnou zodpovědnost jako za rozhodnutí jednat, protože „nejednat“ v některých případech znamená jednat (to uznává pokračovat již v započatém, bez našeho zásahu automaticky pokračujícím jednání, které člověka drží při životě a který by již bez tohoto jednání zemřel), naopak jednat by znamenalo ukončit toto jednání. I přes tyto nejasnosti je velký rozdíl mezi tím, jestli člověka aktivně usmrtíme, nebo jestli necháme v závěru života „přirozený“ průběh (Špinková, Špinková, 2006).

4.1.1 PŘÍKLAD AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE

Příklad aktivní eutanázie

Paní Karla trpěla rakovinou vaječníků s metastázemi. Po přijetí do nemocnice byly její bolesti zmírněny. Přesto se paní Karla obávala bolestivé smrti. Z tohoto důvodu povolila otázku, zda by jí v situaci, kdy její bolesti nebude reálné zmírnit, mohlo být umožněno bezbolestně zemřít. Poté, co tato situace nastala a paní Karla opět potvrdila svou žádost o euthanasii, její ošetřující lékař jí podal smrtící prostředek, který ukončil její život. V tomto případě se podle konvenčního názoru lékař dopustil nemorálního činu, neboť záměrně ukončil život paní Karly (Šmidmayerová, 2009, s. 18).

Konvenčním názorem je myšlen takový názor, který aktivní eutanázii považuje za nepřijatelnou (Šmidmayerová, 2009).

Příklad pasivní eutanázie

Paní N. trpěla onemocněním motorických neuronů v progresivním a terminálním stavu. Důsledkem tohoto onemocnění je neschopnost mluvit, hýbat se a samostatně dýchat. Po přijetí do nemocnice byla paní N. napojena na respirátor. Její nemoc byla v takové fázi, kdy ještě byla schopna mluvit a opakovaně projevovat přání, aby byla odpojena, i když věděla, že odpojení bude znamenat smrt. K posouzení žádosti byl přizván psychiatr a nemocniční konzultant pro etiku. Oba dva potvrdili, že paní N. si je vědoma svého rozhodnutí a že by se její přání vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu mělo respektovat. Aby se

zamezilo nepříjemné a bolestivé smrti, byl respirátor postupně zpomalován. Paní N. zemřela, bylo jí povoleno zemřít. Podle konvenčního názoru lékař provedl morálně správný čin (Šmidmayerová, 2009, s. 18).

Rozdíly mezi aktivní a pasivní eutanázií jsou v tomto případě znatelné. Pasivní eutanázie byla dostatečně zvážena jak ze strany odborníků, tak ze strany pacientky, příchod smrti byl postupný, očekávaný. Naproti tomu aktivní eutanázie byla konzultována pouze s ošetřujícím lékařem, který poté eutanázii i provedl, smrt byla náhlá, nepřipravená. Nebyla zde zkoumána a probírána jiná možná řešení. Jediným společným znakem byla chtěná smrt.

4.2 PRINCIP DVOJÍHO ÚČINKU (DOUBLE EFFECT)

Za eutanázii lze považovat případy, kdy dochází ke smrti pacienta způsobené záměrným činem lékaře, popřípadě jeho asistencí. Princip dvojího účinku znamená to, že je pacientovi aplikován prostředek, obvykle je užíván ten, který tiší bolest, účelem této aplikace není způsobit smrt, ale odstranit či zmírnit bolest. Ke smrti pacienta však může dojít, ale tato smrt je necílená, je tedy nezamýšleným důsledkem léčby (Šmidmayerová, 2009). Lze to uvést na příkladu pacienta v terminálním stavu nádorového onemocnění, kde je nutno podávat zvyšující se dávky léků i přesto, že o nich víme, že mají nežádoucí účinky (pro příklad tlumení dechového centra a návyk). Podáváním léků docílujeme pozitivního efektu – tlumení bolesti, současně však může dojít také k negativnímu efektu, který ale nebyl v úmyslu jednajícího (Munzarová, 2005). Princip dvojího účinku je také nazýván divokou eutanázií, i přesto, že se spolu eutanázie s dvojitým efektem nedají spojovat (Šmidmayerová, 2009).

„Je nutno formulovat podmínky, za kterých je možné, aby byl tento princip aplikován. Podmínky jsou následující:

- 1. Hlavní činnost je sama o sobě dobrá nebo alespoň indiferentní.*
- 2. Příмым záměrem jednajícího je efekt dobrý, přičemž špatný efekt není podporován, ať již jako prostředek nebo jako cíl.*
- 3. Dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného, který z akce vyplývá jako*

sekundární nebo nanejvýše jako paralelní k efektu dobrému.

4. Pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že je možno ospravedlnit tolerování efektu špatného.

5. Aktivita, která má i negativní efekty, nemůže být nahrazena v dané situaci jinou, bez těchto efektů“ (Munzarová, 2005, s. 85).

4.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

Asistovaná sebevražda je zvláštní formou eutanázie (Haškovcová, 2007), která je velmi blízká aktivní eutanázii (Špínková, Špínka, 2006). Důvodem asistované sebevraždy je nevléčitelná nemoc, která způsobuje nesnesitelnou bolest, nemá pozitivní prognózu, proto si člověk přeje zemřít. Od lékaře požaduje pomoc, respektive metodickou radu či konkrétní prostředek, jak odchod ze života realizovat. Někdy se hovoří i o „návodu k vysvobození“. Akt, který pacientovi navodí smrt, nevykonává lékař, nýbrž pacient sám, za asistence lékaře (Haškovcová, 2007).

4.4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (LIVING WILL)

Living will (dříve vyslovená přání) je ověřený soupis přání pacienta, v případě budoucích zdravotních komplikací, při kterých dotyčná osoba nebude schopna vyjádřit svou vůli sama (Mikulčická, 2008/2009; Třešňák).

Living will se váže k lidským právům, především k právu na sebeurčení. To znamená, že má člověk právo ať již aktuálně nebo do budoucna určovat své záměry, a tím mít svůj osud pevně pod kontrolou. Sporné je však to, že lidé uvažují jinak, kdyby se stalo a jinak, když se tak stane. Mnoho lékařů také uvádí, že jen výjimečně se setkali s jasnou žádostí o eutanázii, anebo dokonce vůbec ne. Řada právníků proto zpochybňuje platnost living will a přiznává mu jen doplňující roli (Haškovcová, 2007).

Myslím si, že living will by byl dobrým řešením pro pacienty, kteří by se chtěli rozhodnout o tom, jak by s nimi mělo být zacházeno v případech vedoucích ke zhoršení zdravotního stavu do takové míry, že oni sami by nemohli podat

rozhodnutí, jak s nimi má být zacházeno dále. I pasivní eutanázie je odůvodnitelná. Proč prodlužovat život pacienta moderní technikou, u kterého víme, že se stejně nedá zachránit či zkvalitnit, je pouze prodlužován nad přirozené hranice. Navíc když si pacient přeje zemřít. Asistovaná sebevražda a double effect mi připadají jako nejvíce akceptovatelné možnosti.

5 POJEM EUTANÁZIE Z PRÁVNÍHO HLEDISKA

Eutanázie se týká také právní úpravy etických konfliktů. Tato kapitola se věnuje aktivní a pasivní eutanázii, nepřímé eutanázii, asistované sebevraždě a problematice dříve vyslovených přání (living will) z právního hlediska. Jednotlivé subkapitoly pojednávají i o zemích, ve kterých jsou jednotlivé typy eutanázie beztrestné, pokud jsou splněna daná kritéria.

5.1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE

Aktivní eutanázie znamená zásah třetí osoby do integrity pacienta, tento zásad vede k urychlení jeho smrti a je motivován soucitem s trpícím pacientem a také snahou ukončit jeho trápení. To vše je však akt cílený, a proto naplňuje skutkovou podstatu vraždy (Císařová, Sovová, 2004). *„Usmrcením se rozumí i uspíšení smrti. Pohnutku (soucit) lze vzít pouze do úvahy jako polehčující okolnost, což může vést k mimořádnému snížení trestu za zcela mimořádných okolností, kdy by tento skutek byl hodnocen jako trestný čin s malou společenskou nebezpečností, až k upuštění od potrestání. Přestože nelze tento názor opřít o širší soudní praxi, nelze posouzení zabít z útrpnosti jako skutku s malou či dokonce nepatrnou společenskou nebezpečností a priori vyloučit“* (Prošková, 2009, s. 261).

Aktivní eutanázie je trestná všude, pouze v Nizozemí a Belgii může být beztrestná, pokud jsou splněny okolnosti dané právními řády (Prošková, 2009).

Pasivní eutanázií se rozumí usmrcení druhého člověka ze soucitu nezahájením, nebo přerušením životně důležité léčby. Jaká je odpovědnost toho, kdo takto koná, respektive nekoná? (Císařová, Sovová, 2004). *Je nutné zopakovat, že i nekonání může být za určitých okolností konáním, pokud je zvláštní povinnost konat. I pasivní eutanazii lze tedy považovat za vraždu, pokud však je prokázán přímý nebo nepřímý úmysl zabít a pokud má pachatel zvláštní povinnosti konat. Rozlišujícím kritériem je tedy účel neposkytnutí léčby. Kritérium souhlasu pacienta s léčbou není zcela jednoznačné“* (Prošková, 2009). Pasivní eutanázie je v České republice za určitých okolností v souladu s právem. Mezi tyto okolnosti patří odmítnutí pacienta zahájit byť i život zachraňující léčbu, popřípadě rozhodne-li se pacient pro její ukončení, nesmí se ale jednat o situaci, kdy lze

zákrok na základě zákona provést i bez souhlasu pacienta. V zájmu lékaře je vyžádat si písemný revers odmítající zákrok (písemná forma je praktičtější z hlediska dokazování) (Císařová, Sovová, 2004).

Mnoho zemí nepovažuje pasivní eutanázii za upuštění od neadekvátní léčby, ale za součást léčby, která je považována za legální. Patří sem například Finsko, Velká Británie a za určitých okolností i Česká republika (Prošková, 2009).

K posouzení trestnosti u aktivní a pasivní eutanázie je nutné vzít v úvahu okolnosti, které by vylučovali její protiprávnost. Sem patří jednání v krajní nouzi, což znamená spáchání jinak trestného skutku z důvodu, kdy dojde k odvrácení nebezpečí, které hrozí chráněnému zájmu. Podmínkou však je to, aby toto nebezpečí nebylo možné odvrátit jinak, nebo aby následek, který je způsoben, byl stejně závažný či závažnější než ten, který hrozil (Prošková, 2009).

5.2 PRINCIP DVOJÍHO ÚČINKU (DOUBLE EFFECT)

Princip dvojího účinku je také nazýván nepřímá eutanázie. „*Nepřímá eutanázie, tedy aplikace takových léčebných metod, které mohou uspišit smrt pacienta, nebude trestná, pokud účelem (úmyslem) nebude usmrcení pacienta, ale tlumení bolesti*“ (Prošková, 2009, 263). Jako příklad lze uvést derivát opia, jehož analgetický účinek časem klesá, což vede ke zvyšování jeho dávek ve snaze účinně tlámit bolest. Ošetřující lékař si je ale vědom, že podaná látka působí na důležité orgány a může tedy dojít k urychlení smrti pacienta (Císařová, Sovová, 2004). *Takové jednání je beztrestné z důvodu aplikace okolností vylučujících protiprávnost. Může být považováno jednak za jednání v krajní nouzi, případně za jednání povolené jako postup lege artis schvalovaný a doporučovaný odbornou veřejností. Nicméně i v těchto případech by měl být pacient informován o možných následcích a má samozřejmě právo takovou léčbu odmítnout*“ (Prošková, 2009, 263).

Podle německé teorie, která převažuje, zkrácení života nepředstavuje žádné bezpráví, pokud jde o nevyhnutelný vedlejší následek léčby. Tlumení bolesti je v takové situaci jedinou možností, jak ještě působit v prospěch pacienta (Císařová, Sovová, 2004).

5.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

Pokud je člověk, který je nevléčitelně nemocný a který prožívá obrovské utrpení, schopen svůj život ukončit vlastními silami, jeho jednání je označeno jako sebevražda, což podle platného trestního práva není trestné. Něco jiného je to u osoby, která má na jednání účast. Podle trestního zákona bude potrestán ten, kdo jinému člověku pomáhá, nebo ho pohne k sebevraždě, pokud došlo alespoň k pokusu o sebevraždu. Patří sem jak pomoc psychická, tak i fyzická. K psychické pomoci patří například přemlouvání, nebo utvrzování v rozhodnutí. K fyzické pomoci patří opatřování prostředků či odstraňování překážek. V zahraničí se vyskytly případy sebevražedných zařízení (například Švýcarsko), trestní zákoník plně dopadá na sestavení takových zařízení. Jednodušším příkladem může být zanechání dávky jedu, která je pro člověka smrtelná v jeho blízkosti, k tomu je ale zapotřebí, aby byly zachovány motorické schopnosti ve větší míře (Císařová, Sovová, 2004).

Kde je asistované umírání povoleno?

V Nizozemsku jsou jak eutanázie, tak asistovaná sebevražda povoleny, musí být ale dodržovány jasně definované protokoly.

V Oregonu je asistovaná sebevražda také povolena. Každý rok využije tuto možnost až 50 lidí.

V Belgii je povolena eutanázie s jasnými pokyny, které je nutno dodržovat.

Ve Švýcarsku je povolena asistovaná sebevražda, podle právních předpisů se datuje více než 600 let (Oliver, 2010).

Eutanázie ve Švýcarsku je také někdy nazývána eutanázií na zakázku. Zde existují dvě organizace, je to EXIT a DIGNITAS. V těchto organizacích je možné požádat o asistovanou sebevraždu. Podle Švýcarské ústavy není pomoc při sebevraždě trestným činem, pokud tedy za tím nestojí ziskové zájmy. Probíhá to tak, že nemocný po kontaktu s lékaři těchto organizací podá žádost o asistovanou sebevraždu. Na základě „receptu“, který je tomuto pacientovi vystaven, je podána smrtící látka, která je aplikována v prostorách těchto zařízení. Smrt v těchto organizacích není umožněna pouze občanům ze Švýcarska, ale i cizincům.

Postupem času se o tento druh smrti zajímá a provádí čím dál více občanů (Bumba, 2010).

5.4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (LIVING WILL)

V případě, kdy se osoba dostane do nezvratného stavu, který je z medicínského hlediska bez naděje na vyléčení a zlepšení a zároveň dojde k tomu, že tato osoba nebude schopna projevit svou vůli – již nebude při vědomí, může písemně vyjádřit své přání, jak s ní má být dále zacházeno (Císařová, Sovová, 2004).

Living will je legální ve všech zemích, které podepsaly Úmluvu o lidských právech a biomedicíně.

Belgie patří mezi země, kde je living will legální. Prohlášení, které pacient sepiše, může ustanovit jednoho, nebo více důvěrníků, jejichž povinností je informovat ošetřujícího lékaře o vůli jeho pacienta. Platnost tohoto prohlášení je 5 let (Císařová, Sovová, 2004).

„Výslovnou právní úpravu odmítnutí léčby má Dánsko (možnost registrovat si „poslední vůle, living will“), Francie a Kanada“ (Prošková, 2009, 262, 263).

Povinnost neposkytnout péči má pouze Německo (Prošková, 2009). Zde je jednou z možností living will. Jedná se o prohlášení pacienta, že si nepřeje, aby v určité situaci byla zahájena resuscitace, popřípadě se pokračovalo v intenzivní léčbě. Toto prohlášení je uskutečněno v době, kdy je pacient schopen se rozhodnout, jak s ním má být zacházeno v pozdější době, kdy toho schopen nebude (Císařová, Sovová, 2004).

Tento institut však není v řadě případů použitelný (nezletilé osoby či osoby, které jsou pro svůj dlouhodobý nepříznivý duševní stav neschopny právně rozhodovat o svých záležitostech) (Císařová, Sovová, 2004).

6 ARGUMENTY PRO A PROTI POVOLENÍ EUTANÁZIE

Argumenty pro a proti povolení eutanázie jsou většinou mimoprávní, jedná se o různá etická přesvědčení o úloze a rizicích eutanázie. Z etického hlediska je eutanázie rozporuplná věc, na jednu stranu by se dal chápat kladný názor k eutanázii, tak že je přeci nelidské nechat člověka trpět onemocněním, které mu způsobuje jak psychické, tak fyzické problémy. Na druhou stranu je neetické, aby byl člověk zbaven života něčím, co pro něj není přirozené, zabitím se problémy přeci nevyřeší.

Argumentů pro a proti je celá řada, zde uvedu jen ty, které se mi zdají nejdůležitější.

6.1 ARGUMENTY PRO POVOLENÍ EUTANÁZIE

Prvním důvodem je **autonomie člověka**, to znamená, že každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě, i o vlastním životě či smrti (Skácelová, 2009). Svoboda jednotlivce patří mezi nejvyšší hodnoty, k jejímu omezování dochází pouze v nezbytné míře, aby byla stejná míra osobní svobody zaručena také ostatním (Mikulčická, 2008/2009). Odpůrci eutanázie spatřují problém v tom, že zastánci eutanázie si pod právem zemřít představují něco jiného než to, co je zakotveno v lékařské etice. V lékařské etice se právo člověka vztahuje na patřičnou péči, když umírá. Odpůrci také argumentují tím, že si zastánci eutanázie vykládají právo zemřít jako usmrcení na požádání a také jako právo druhé osoby usmrtit, pokud je o to požádána (Skácelová, 2009; Pollard, s. 88 - 89).

Myslím si, že každý člověk je autonomní jednotka, která má právo rozhodovat o svém životě, jak ona sama uzná za vhodné, má právo rozhodnout o tom, jakým směrem se dá její život, jakou kvalitou bude její život disponovat a to se také děje. Když vezmeme v potaz smrt, člověk jedná podle vlastního uvážení například u sebevražd, ať už jsou způsobené nepříznivou životní situací, nebo z jiné příčiny, člověk se k tomuto rozhodnutí uchýlil, a prostě ho vykonal.

Druhým důvodem je **snaha o milosrdné zbavení člověka jeho utrpení**. Odpůrci eutanázie si uvědomují, že nelze odstranit všechny příčiny utrpení, ale je možné je alespoň zmírnit. Tvrdí, že pomoc při utrpení závisí na tišení bolesti,

správné komunikaci a dostatečné opoře (Skácelová, 2009; Tamtéž, s. 54). Hlavním argumentem zastánců eutanázie je ten, že v některých situacích nelze pomoci trpícímu člověku jinak, než ho zbavit života či mu k tomuto činu být nápomocen. V této situaci se nachází například člověk trpící nevyléčitelnou chorobou, důsledkem které, podstupuje často velmi drastické metody. Tyto metody vystavují člověka psychickému a fyzickému utrpení zvláště tehdy, pokud si je dotyčná osoba vědoma, že není možnost na zlepšení jejího zdravotního stavu či její vyléčení (Mikulčická, 2008/2009).

Správná komunikace a opora je velmi důležitá, ale když si člověk uvědomuje konečnost svého života, stejně ho myšlenky na smrt nebudou míjet, zvláště když se jedná o pacienta, který celé dny leží v posteli, a i kdyby s utlumenou bolestí, čeká na smrt. Názory na toto téma jsou velmi rozdílné, mnoho lidí bere vše, co se umírání týká jinak, vždy budou rozpory i v myšlenkách společnosti. Nejdůležitější je však názor pacienta, jaký na to má náhled a jak svou momentální situaci vnímá.

Ekonomická nákladnost péče o umírající může být dalším argumentem pro povolení eutanázie. I přes blížící se smrt se lékaři stále pokoušejí o co možná nejdelší přežití pacienta, které mu přináší většinou jen utrpení. To vše však vede k vysoké ekonomické nákladnosti péče o tyto pacienty. Toto téma se ve společnosti moc nerozebírá, protože se může zdát jako neetické, dávat do souvislosti lidský život a ekonomiku. Z důvodu rozvoje a dokonalosti medicíny, nikdy nebude v rovnováze finanční stránka zdravotní péče, léčebné postupy jsou stále dražší a dražší.

6.2 ARGUMENTY PROTI POVOLENÍ EUTANÁZIE

Prvním důvodem je **nedotknutelnost života**, tento názor převažuje u většiny lidí. Věřící lidé a představitelé církve argumentují tím, že život je dar od Boha, s kterým člověk nemá právo svévolně zacházet, jelikož tento postoj souvisí s náboženskou vírou, je těžké ho vyvracet. Co se týče etiky, je zbavení života považováno za čin neetický, naopak za etické je obvykle bráno zbavení někoho utrpení či milosrdná smrt (Mikulčická, 2008/2009).

Druhým důvodem je **překročení hranice**. Je velmi obtížné rozhodovat

o tom, který život je hodnotný a který nikoliv, kdo umírá a kdo prozatím ne. Je zde riziko rozevírajících se dveří, při opuštění od toho, že život je účelem a hodnotou sám o sobě bez ohledu na jeho kvalitu. Připustíme-li zabíjení nevléčitelně, onkologicky nemocných pacientů, proč ne i imobilních seniorů? (Prošková, 2009)

"Všeobecná zkušenost nás učí, že dovolíme-li sami sobě dělat něco, co bychom dělat nechtěli nebo neměli, ihned se vyskytnou otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. Když člověk nebo společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, již sama gravitace je stahuje dále a dále. V případech euthanasie to znamená, že pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřována. Dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, životů lidí s chorobami nevléčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi, životů lidí s chorobami nevléčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi, životů těžce postižených novorozenců, lidí senilních nebo s různým mentálním postižením, atd." (Munzarová, 2005, s. 38, 39).

Třetím důvodem je **porušení Hippokratovy přísahy**. Není sporu, že je eutanázie i asistovaná sebevražda v rozporu s touto přísahou, jenže v Hippokratově přísaze se také píše o potratech a jak každý ví, tak potraty jsou v České republice povoleny (Mikulčická, 2008/2009).

*„Čtvrtým argumentem proti je také možné obrovské riziko **narušení důvěry pacientů a veřejnosti k lékařům**. Při legalizaci euthanasie totiž pacient neví, zda v kritické situaci nebude rozhodnuto o konci jeho života. Lidé v těchto situacích by mohli umírat s obavou, že u nich dojde k "usmrcení z útrpnosti". To předznamenává další riziko, a sice nebezpečí zneužití. Zde uvádím jen náznakem: možný výnosný obchod s orgány, tlak rodiny na nemocného pacienta s ohledem na jeho majetek či obava před značnými náklady dlouhotrvající choroby atd."* (Šustek, 2002).

6.3 DŮVODY EUTANÁZIE

Jsou především tři odpovědi na to, proč lidé o eutanázii přemýšlejí. Prvním důvodem je **narušení tradičních náboženských představ**, které v životě

spatřovaly vysokou a stejnou hodnotu. Z části byly nahrazeny etickými koncepcemi, které však byly nenáboženské. V těchto koncepcích ztrácí život všeobecně přijímanou a trvalou hodnotu (Pollard, 1996).

Druhým důvodem je **pokrok v medicíně a dovednostech obecně**, zejména je to pokrok v technologických schopnostech, to znamená, že lidé přežívají mnohem déle než v dřívějších letech (Pollard, 1996). Jsou zachraňovány životy, které dříve nebylo možné zachránit. Na jednu stranu je smrt obtížně přijímána, na stranu druhou existují tendence, jak smrt urychlit a minimalizovat tak její utrpení (Opatrná, 2008). Stále nové vyvíjení diagnostických, léčebných metod má pro člověka jak pozitivní, tak negativní charakter, závisí na pohledu každého člověka na tento fakt. Do pokroku medicíny může být zahrnut například člověk, který sice žije, ale je napojen na respirátor, protože mu z důvodu pokročilého stádia rakoviny selhaly plíce. Za dřívějších dob by tento člověk s největší pravděpodobností zemřel. Dnes sice přežije, ale jeho kvalita života bude velmi omezená.

Třetím důvodem je **vliv sdělovacích prostředků**, které vytváří diskuse o problematických otázkách. K povrchnímu náhledu dochází především u emotivních otázek, kam spadá i eutanázie (Pollard, 1996).

New England Journal of Medicine (americký časopis) uspořádal v lednu 2008 diskusi o smrtící injekci. Této diskusi se zúčastnili anesteziologové, právnička, chirurg a odborník na lékařskou etiku, a přesto, že byla věnována trestu smrti, problémy, které v ní byly řešeny, se v mnohém podobaly eutanázii. Zatímco právnička prosazuje, aby měli vězni, kteří byli odsouzeni k trestu smrti právo, na „přirozenou“ smrt, samotní lékaři nevědí, jak toho dosáhnout. Na webových stránkách byla zveřejněna anketa, podle které, nejsou lékaři ochotni v 69 % smrtící injekci podat. V USA byl na tomto podkladě vypracován „Three-drug protocol“ na podkladě zkušeností z trestů smrti. Jako první je v tomto protokolu podán thiopental sodný, který způsobí navození spánku, anestézii a amnézii. Dále je to pankuronium-bromid, to je paralytická látka, ta uvolní svaly, poté je dán chlorid draselný, který způsobí zástavu srdce. Mohli bychom očekávat, že samotný thiopental způsobí smrt ve spánku a zapomnění, zvláště když jsou v tomto protokolu používány mnohem vyšší dávky, než které jsou

užívány v samotné anestézii. Takovým způsobem lze usmrtit zvíře v laboratorním pokuse. Usmrcení člověka barbituráty však američtí lékaři odmítají zkoumat. Z holandské praxe, kde je eutanázie při splnění přesně stanovených podmínek vylučujících protiprávnost přípustná, je známo, že je velmi obtížné vyvolat smrt, což se prokázalo na základě hodnocení 535 případů od roku 2000. I přes vysoké dávky barbiturátů, přibližně v 6 % případů se pacienti probrali i z kómatu. Proto byly v 69 % přidávány paralytické látky (Strunecká, 2008).

7 LEGALIZACE EUTANÁZIE

Uzákonění eutanázie je jak etické tak i morální a právní dilema. Legalizace eutanázie je v mnoha zemích velmi diskutované téma. Existují však země, ve kterých je eutanázie přípustná (jako okolnost vylučující protiprávnost), což je Nizozemí, Belgie. Ve Švýcarsku je legální asistovaná sebevražda.

Zkušenosti ze zemí, kde je eutanázie či asistovaná sebevražda přípustná, bývají odlišně interpretovány. Tendence k uzákonění eutanázie u dětí, nebo některé formy eutanázie bez výslovného souhlasu pacienta stále sílí (Špinková, Špinka, 2006).

Holandská zkušenost ukazuje, že povolení eutanázie negativně působí také na lékaře. Hranice, které jim byly vymezeny, se pro ně stávají těsné a i přes počáteční dobrý úmysl nezřídka nedovedou odolat „pokušení“ (Šipr, 2008).

7.1 NIZOZEMSKÝ MODEL EUTANÁZIE

I přes to, že jsou určité formy eutanázie legální či přípustné i v jiných zemích, budu se věnovat nizozemskému modelu eutanázie.

V Nizozemí je v současné době eutanázie za určitých okolností přípustná. Přesto je ukončení života druhým člověkem i zde stále trestným činem. K výjimce, která vylučuje protiprávnost, patří pouze ukončení života druhého člověka lékařem při splnění určitých podmínek (Špinková, Špinka, 2006). K okolnostem vylučujícím trestní stíhání lékaře patří podmínky, které uvádím dále (Rotterdamská kritéria).

Holandský lékař Jan Hendrik van der Berg uveřejnil v roce 1969 krátkou knížku s názvem „Lékařská moc a lékařská etika“, ve které navrhoval to, že by lékaři měli přijmout následky, které způsobují technické vymoženosti, také by své nemocné trpící a umírající pacienty měli být ochotni zabít, včetně pacientů ve „vegetativním stavu“. První soudní proces, který se týkal aktivní eutanázie provedené lékařem, se odehrál v roce 1973 u Leeuwardenu. Zde došlo v roce 1971 k tomu, že dcera, která byla lékařkou, úmyslně zabila svou inkontinentní matku, připoutanou na invalidní vozík v pečovatelském domě, vysokou dávkou

morfinu. Dcera odůvodnila svůj čin tak, že po ní její matka opakovaně požadovala skončení svého trápení. Byla odsouzena k jednotýdennímu podmíněnému trestu, který měla absolvovat po roční zkušební době, dopustí-li se dalšího trestného činu. Po této zkušenosti byla holandskými lékaři eutanázie prováděna. Pokud došlo k tomu, že některé případy skončily u soudu, jejich posuzování bylo také velmi mírumilovné (Munzarová, 2005; Munzarová, 1993, 1994). V souvislosti s tímto případem byly poprvé formulovány určité zásady, nazývány jako tzv. rotterdamská pravidla, podle nichž je možné připustit zabití nemocného a trpícího člověka (Haškovcová, 2007).

Vládní komise pro eutanázii, také nazývaná **Remmelinkova komise**, v září 1991 zveřejnila, že bylo v roce 1990 uskutečněno přibližně 2 300 případů eutanázie na vlastní žádost, asistovaná sebevražda proběhla u 400 případů, bez vyložené žádosti byl život ukončen u 1 000 případů a dále u 15 975 případů byl život ukrácen buď z toho důvodu, že nebyla léčba nasazena nebo že byla vysazena. Dalším důvodem je podání vyšších dávek analgetik (Munzarová, 2005).

7.1.1 ROTTERDAMSKÁ KRITÉRIA

Rotterdamská kritéria byla stanovena soudy, tato kritéria určují, jestli je nutno v daném případě eutanázie použít obhajoby. Kritéria shrnul vice-prezident Zdravotní rady Borst-Eilers, který prováděl vědecké poradenství Vládě pro zdravotní problémy (Munzarová, 2005).

Rotterdamská kritéria (Gormally, 1992):

- 1 Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
- 2 Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.
- 3 Pacient musí nesnesitelně (ne nutně fyzicky) trpět, bez naděje na zlepšení. Eutanázie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocnému již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
- 4 Eutanázie musí být provedena lékařem.
- 5 Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který má zkušenost v této oblasti.

„Aby bylo zaručeno, že tyto požadavky byly splněny, musí o nich lékař podat předepsaným způsobem zprávu. Po jménech pacienta a lékaře následují tyto otázky:

1. Jakou nemocí pacient trpěl a odkdy?
2. Jaký byl zvolen způsob léčby?
3. Bylo možné, že by se pacient uzdravil?
4. Jakým způsobem pacient trpěl?
5. a) Bylo ještě možné zmírnit pacientovo utrpení?
b) Jaký měl na tuto možnost názor pacient?
6. Za jak dlouho se očekávala pacientova smrt?
7. a) Kdy pacient požádal o eutanázii?
b) Kdy byla tato žádost opakována?
8. Kdo byl přítomen, když pacient o eutanázii požádal?
9. a) Je k dispozici sepsaná závět?
b) Jestliže ano, kdy byla podepsána?
10. Naznačuje něco, že pacient žádost vyslovil ovlivněn jinými lidmi nebo na jejich nátlak?
11. Existují nějaké náznaky, které by vedly k pochybám, zda si pacient ve chvíli, kdy žádost vyřkl, byl vědom své situace a významu své žádosti?
12. a) Radil se lékař se zdravotním a pečovatelským personálem?
b) Jestliže ano, jaký byl jejich názor?
c) Jestliže ne, proč tak neučinil?
13. Radil se lékař s příbuznými?
a) Jestliže ano, jaký byl jejich názor?
b) Jestliže ne, proč tak neučinil?
c) Se kterým lékařem / lékaři případ konzultoval?
14. a) Jakou má / mají tento konzultant / tyto konzultanti kvalifikaci?
b) Léčil / léčili pacienta v minulosti?
c) V jakém vztahu jsou lékaři?
15. a) Kdy v minulosti pacienta viděl / viděli?
b) Jestliže pacienta neviděli – proč?
16. Doložte laskavě tvrzení konzultanta / konzultantů jeho / jejich posudkem.

17. Kdo osobě podal anestetizující látky?
18. Jaké léky byly podány a jak skončil život pacienta?
19. Konzultoval lékař s někým, který lék se má použít?
20. Kdo kromě lékaře byl eutanázii přítomen?
21. *Chcete k tomuto prohlášení ještě něco dodat?*“ (Kořenek, 2002, s. 166, 167).

„V roce 1990 se rada Královské lékařské asociace shodla i na postupu povinného hlášení:

1. *Lékař provádějící eutanazii a asistované suicidium nepodá hlášení o přirozené smrti, nýbrž informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlého dotazníku.*
2. *Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci.*
3. *Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoli*“ (Munzarová, 2005, 34,35).

7.2 PRÁVNÍ ÚPRAVA EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICCE

V historii českého trestního práva se problém eutanázie neobjevuje. Za 1. republiky došlo k návrhu dvou znění zákona. První znění bylo z roku 1926, u kterého se předpokládalo, že pokud došlo k usmrcení na žádost, byla zde možnost snížení trestu. Tento čin musel být ale spáchán při přímém nátlaku či v přechodném mimořádném stavu. Druhé znění návrhu se týkalo usmrcení ze soucitu, došlo-li tedy k uspíšení smrti, která byla neodvratitelná. V roce 1937 tyto návrhy padly s tím, že by usmrcení na žádost a z útrpnosti mělo být stíháno jen jako přečin, nicméně i tyto návrhy neprošly (Sum, 2004).

V právním řádu České republiky eutanázie není výslovně definována ani jinak upravena (Prošková, 2009). „Z hlediska trestněprávních následků je rozdělení na pasivní a aktivní eutanazii zavádějící. Za konání se považuje i nekonání v případě, že k němu byl pachatel podle okolností a svých poměrů povinen“ (Prošková, 2009, 260). Trestní zákon rozlišuje, zda k trestnému činu neposkytnutí pomoci došlo u běžné fyzické osoby, nebo u lékaře. To má vliv na trestní sazbu. Pokud by došlo k tomu, že by lékař neposkytl pomoc v případě, kdy

dojde ke smrti, nebo zhoršení zdravotního stavu, tento lékař by byl odpovědný za trestné činy proti životu a zdraví (Císařová, Sovová, 2004). Jedná se o zvláštní povinnost konat, při níž pachatel nese odpovědnost za následek, na rozdíl od obecné povinnosti konat, při které je trestný samotný fakt, že pomoc nebyla poskytnuta, následky se tedy nepřičítají. „*Za zvláštní povinnost konat považuje česká právní teorie a judikatura situace, kdy povinnost konat vyplývá z právního předpisu (např. povinnost zdravotníků poskytovat péči lege artis, podle zákona o péči o zdraví lidu), povinnost vyplývající ze smlouvy (např. pracovní smlouvy nebo smlouvy s pojišťovnou), povinnost vyplývající z předchozího nebezpečného jednání v rozporu s právními předpisy, které mohou být i nedbalostní (ingerence) a případ garance, kdy svým jednáním garant přebírá odpovědnost za chráněný zájem*“ (Prošková, 2009, s. 260). Od těchto situací je nutné rozlišit nepřímou eutanázii, při které může dojít ke smrti, ale je to nezamýšlený důsledek léčby, většinou se jedná o léčbu bolesti, není to však vlastní účel jednání. I v těchto případech může ale jít o úmysl nepřímý, to znamená, že byl pachatel srozuměn s následkem i přesto, že následek nebyl přímým účelem jednání (Prošková, 2009).

Osobně beru eutanázii jako vysvobození pro lidi v terminálním stádiu nemoci, která je nevléčitelná a která významnou měrou zhoršuje kvalitu života lidí, kteří jsou schopni rozhodnout o svém životě a kteří dlouhodobě vyjadřují přesvědčení, že by chtěli svůj život ukončit tímto způsobem i přes zájem své rodiny. Rozhodnutí tohoto člověka by mělo být významnou měrou bráno na zřetel, i tak by ale toto rozhodnutí mělo být prozkoumáno dalšími odborníky v oboru (psychology, etiky, právníky). Nejsem zastáncem eutanázie například u zdravých lidí, kde jsou sebevražedné pokusy z jakéhokoli důvodu, dále u různých vad ať už vrozených či dědičných a podobně. Pokud by došlo k povolení eutanázie například u lidí po autonehodách, kteří by byli napojeni na přístroje, které by je udržovaly při životě, věřím, že by možnost zneužití byla obrovská. Docházelo by k braní životů u těch, kteří by nebyli schopni vyjádřit svůj názor v situaci, ve které by se právě nacházeli, což mi přijde nehumánní, řešením by byl podle mého názoru pouze living will.

8 METODIKA PRÁCE

8.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumné šetření jsem prováděla mezi respondenty z oblasti zdravotnictví (lékaři a zdravotními sestrami), ale také mezi nezdravotníky (laiky). Účelem bylo nejen zjištění postojů na zvolené téma, ale také porovnání názorů mezi jednotlivými skupinami, tedy zdravotníky a laiky i celým souborem bez ohledu na vzdělání. Soubor zdravotníků se skládal z různých věkových kategorií, vzorek těchto lidí byl získán v nemocničním zařízení a psychiatrické léčebně. Do každého z uvedených zařízení byla dána polovina dotazníků, tedy po dvaceti pěti. Soubor nezdravotníků se skládal z lidí od 20 do 69 let, tito lidé měli různé pracovní zařazení a vzdělání. Výzkum byl prováděn na Havlíčkovobrodsku.

8.2 METODY A PROSTŘEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Ke zjištění údajů jsem zvolila anonymní dotazník. Dotazníkové šetření je obecně nejrozšířenější a nejznámější výzkumnou metodou. Toto zpracování má své výhody i nevýhody. Mezi výhody patří zejména rychlost možného vyplnění těchto dotazníků a zpracování získaných dat od velkého souboru respondentů. Rizikem této metody je zejména nepochopení zadané otázky, na kterou respondenti odpovídají buď špatně, nebo vůbec ne. Vlastní dotazník, který se nachází v příloze číslo 1, má 15 otázek, kde je jedna možná odpověď. Dotazník lze rozdělit na část zjišťování identifikačních údajů, kde se nachází 5 otázek a na část týkající se vybraného tématu, kde se nachází 10 otázek.

8.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkum probíhal během února 2011. Rozdáno bylo 120 dotazníků, z toho vráceno bylo 105 dotazníků, z nichž jsem musela 5 dotazníků vyřadit z důvodu nevyplnění většiny otázek, proto je do výzkumného šetření zahrnuto 100 dotazníků.

Dotazníky pro zdravotnický personál jsem na základě domluvy s náměstkem pro ošetrovatelskou péči odevzdala vrchní sestře chirurgického

oddělení, které mi bylo přiděleno. Pro rozdané dotazníky na tomto oddělení jsem si po dohodě za týden přišla. Zbylou polovinu dotazníků jsem již osobně rozesla po různých pavilonech psychiatrické léčebny. Dotazníky směřované laikům jsem rozdala zejména přátelům, blízkým osobám a osobám, které byly v kontaktu s těmito lidmi.

8.4 ZPRACOVÁNÍ ŠETŘENÍ

Data, která jsem získala, byly zpracovány prostřednictvím Microsoft Excel a z těchto dat jsem poté vytvořila základní statistické zpracování (užita byla absolutní četnost a relativní četnost v procentech).

9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Symbolsy použité v tabulkách:

Nabsolutní četnost

%relativní četnost v procentech zaokrouhlena na dvě desetinná místa

Σ celkový počet

9.1 ZPRACOVÁNÍ IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1 Jste

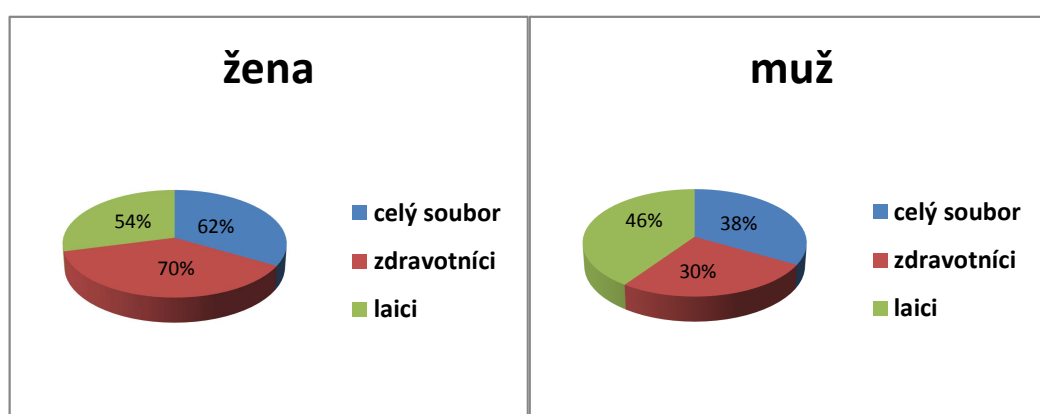
a/ žena

b/ muž

Tabulka č. 1: Pohlaví dotazovaných respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
žena	62	62	35	70	27	54
muž	38	38	15	30	23	46
Σ	100	100	50	100	50	100

Grafy č. 1: Pohlaví dotazovaných respondentů



Z celkového počtu 100 respondentů bylo 62 % žen a 38 % mužů. Skupina zdravotníků se skládala ze 70 % žen a 30 % mužů. Skupina laiků byla složena z 54 % žen a 46 % mužů. Ženské pohlaví převažovalo z důvodu zdravotnické

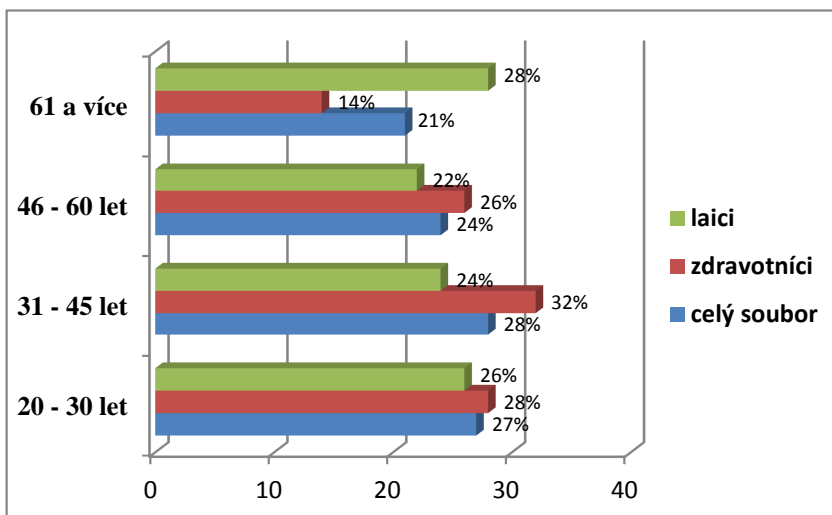
profese zastoupené především ženami. Ochota vyplňovat dotazníky byla větší u žen.

Otázka č. 2 Uved'te věk:

Tabulka č. 2: Věkové kategorie dotazovaných respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
20 - 30 let	27	27	14	28	13	26
31 - 45 let	28	28	16	32	12	24
46 - 60 let	24	24	13	26	11	22
61 a více	21	21	7	14	14	28
Σ	100	100	50	100	50	100

Graf č. 2: Věkové kategorie dotazovaných respondentů



V celkovém souboru respondentů byly zastoupeny přibližně rovnoměrně všechny věkové kategorie, lehce převažovaly kategorie 20 - 30 a 31 – 45 let. U zdravotníků bylo největší zastoupení u věkové skupiny 31 – 45 let, naopak

nejméně lidí obsahovala skupina 61 a více, což je ale pochopitelné z důvodu odchodu pracovníků do důchodu. Z řad laiků bylo nejvíce lidí ve věkové kategorii 61 a více, nejméně lidí bylo v kategorii 46 – 60 let.

Otázka č. 3 Pracovní zařazení

a/ lékař

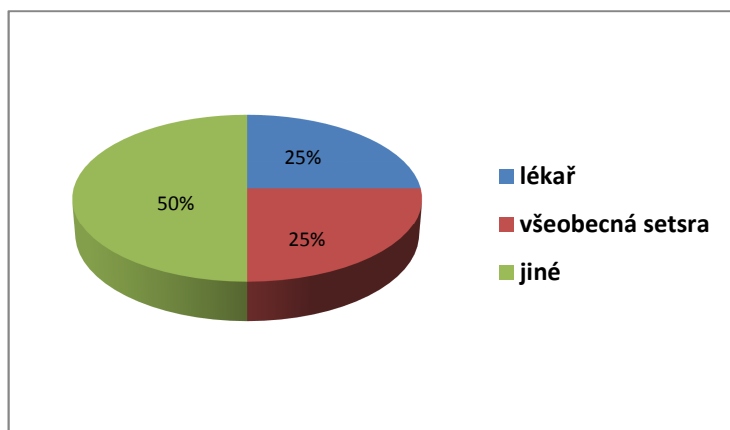
b/ všeobecná sestra

c/ jiné (vypište):

Tabulka č. 3: Pracovní zařazení dotazovaných respondentů

	N	%
lékař	25	25
všeobecná sestra	25	25
jiné	50	50
Σ	100	100

Graf č. 3: Pracovní zařazení dotazovaných respondentů



Z celkového počtu respondentů se šetření zúčastnilo 50 % zdravotníků a 50 % lidí jiného povolání. Zdravotníci byli rozděleni do dvou skupin podle profese na lékaře (25 %) a zdravotní sestry (25 %). Tyto dvě skupiny

zdravotnických profesí obsahují malou skupinu respondentů, proto jsou spojeny pod skupinu zdravotníci.

Otázka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

a/ střední škola

b/ vyšší odborná škola

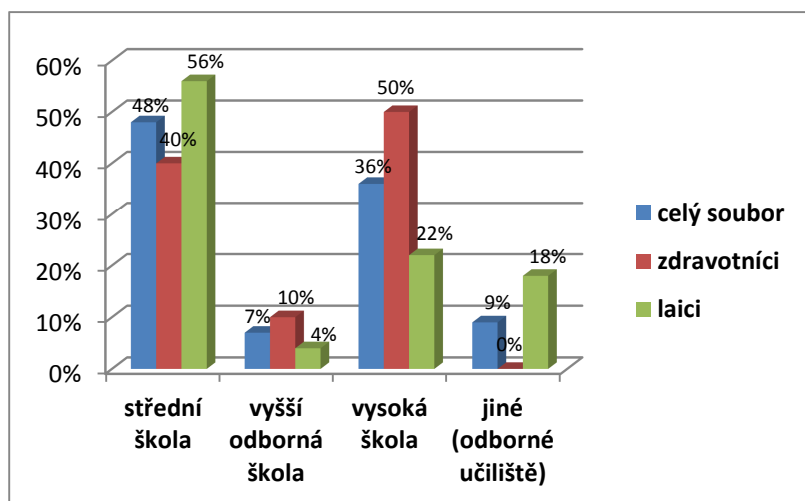
c/ vysoká škola

d/ jiné (vypište):

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
střední škola	48	48	20	40	28	56
vyšší odborná škola	7	7	5	10	2	4
vysoká škola	36	36	25	50	11	22
jiné (odborné učiliště)	9	9	0	0	9	18
Σ	100	100	50	100	50	100

Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů



Celý soubor respondentů měl nejvíce zastoupeno vzdělání středoškolské (48 %) a vysokoškolské (36 %), pod odpovědí jiné, bylo obsáhnuto 9 % lidí s odborným učilištěm, nejméně bylo lidí s vyšší odbornou školou (7 %). Ve skupině zdravotníků převažovalo vzdělání vysokoškolské (50 %) a středoškolské (40 %). U laiků převažovalo středoškolské vzdělání (56 %) a vzdělání vysokoškolské (22 %).

Otázka č. 5 Jste

a/ ateista

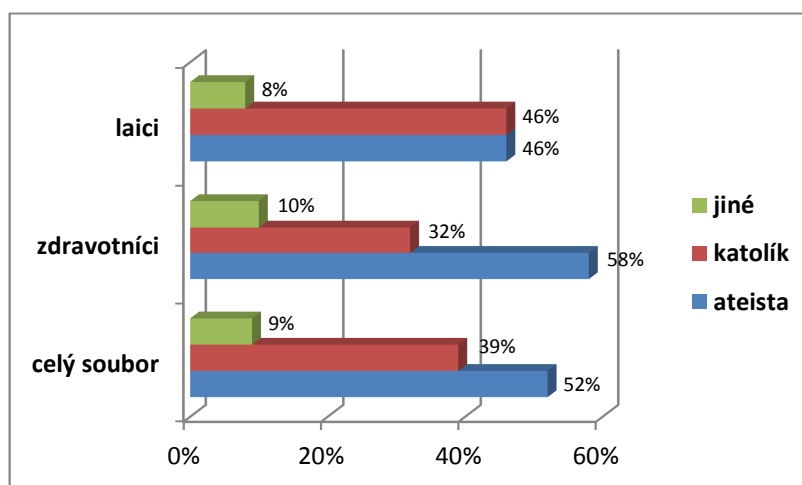
b/ katolík

c/ jiné (vypište):

Tabulka č. 5: Náboženské vyznání dotazovaných respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ateista	52	52	29	58	23	46
katolík	39	39	16	32	23	46
jiné	9	9	5	10	4	8
Σ	100	100	50	100	50	100

Graf č. 5: Náboženské vyznání dotazovaných respondentů



Celý soubor respondentů obsahoval 52 % ateistů, 39 % katolíků a 9 % lidí jiného vyznání (7 evangelíků, 2 budhisté, 1 agnostik). U zdravotnické profese převažovali ateisté (58 %), katolíků bylo 32 %. U laiků byla rovnost v zastoupení ateistů a katolíků (46 %).

9.2 OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE VYBRANÉHO TÉMATU

Otázka č. 6 Zkuste definovat, co je podle Vás pojem eutanázie?

Tabulka č. 6: Definice pojmu eutanázie podle respondentů

Odpovědi respondentů	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
usmrcení choré osoby na její přání	20	20	12	24	8	16
asistovaná sebevražda	15	15	5	10	10	20
dobrovolné ukončení nesmyslného utrpení	12	12	6	12	6	12
odchod ze života bez utrpení a bolesti	11	11	7	14	4	8
důstojný odchod ze života	10	10	5	10	5	10
právo na smrt	6	6	4	8	2	4
dobré umírání	5	5	3	6	2	4
smrt člověka nepřirozenou formou s pomocí druhé osoby	5	5	2	4	3	6
pomoc při sebevraždě	4	4	1	2	3	6
ukončení bezvysledné léčby a utrpení nevléčitelného člověka	3	3	3	6	0	0

ukončení života lékařem, nebo umělé neudržování při životě těžce nemocného	2	2	1	2	1	2
chtěná, svobodná, dobrovolná smrt	2	2	0	0	2	4
vysvobození	1	1	0	0	1	2
milosrdná smrt u nevléčitelného člověka	1	1	1	2	0	0
vražda	1	1	0	0	1	2
nejhumánnější způsob usmrcení	1	1	0	0	1	2
úmyslné podání léků, které zapříčiní smrt těžce nemocného na vlastní žádost	1	1	0	0	1	2
Σ	100	100	50	100	50	100

Tabulka uvádí, co pro respondenty znamená pojem eutanázie. Nejvíce jsou zastoupeny odpovědi „usmrcení choré osoby na její přání“ ve 24 % (u zdravotníků) a „asistovaná sebevražda“ ve 20 % (u laiků). Na tuto otázku byla jedna možná odpověď.

Otázka č. 7 Ve kterém z těchto případů, by podle Vás byla eutanázie morálně ospravedlnitelná?

a/ 40letá žena žádající o eutanázii trpí velmi vzácným, nevléčitelným, bolestivým a znetvořujícím nádorem v obličeji, z důvodu kterého také ztratí čich, chuť a poté prakticky oslepne.

b/ 65letá ochrnutá žena trpí neléčitelnou nemocí buněk centrálního nervového systému. Výsledkem nemoci je oslabení dýchacích svalů. Tato žena prakticky nemůže mluvit a je vyživována pomocí trubičky.

c/ 23letý muž upadl do hlubokého bezvědomí po automobilové nehodě a při životě ho udržují jen přístroje. Jeho rodiče žádají o odpojení od přístrojů.

d/ 2leté dítě trpí vážnou vrozenou vadou, důsledkem které je těžce mentálně i fyzicky retardované. Vždy bude zcela závislé na pomoci jiné osoby.

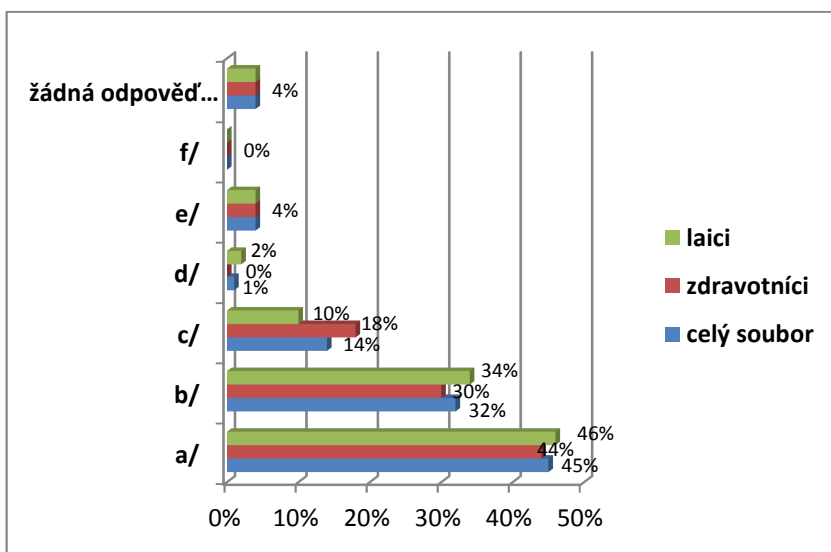
e/ V porodnici došlo k narození extrémně nezralého novorozence. Není jisté, jak dlouho bude žít, jisté je velmi vážné poškození zdraví. Naděje na důstojný život je mizivá.

f/ 32letý muž trpící několik let těžkými depresemi, který žádá o asistovanou sebevraždu.

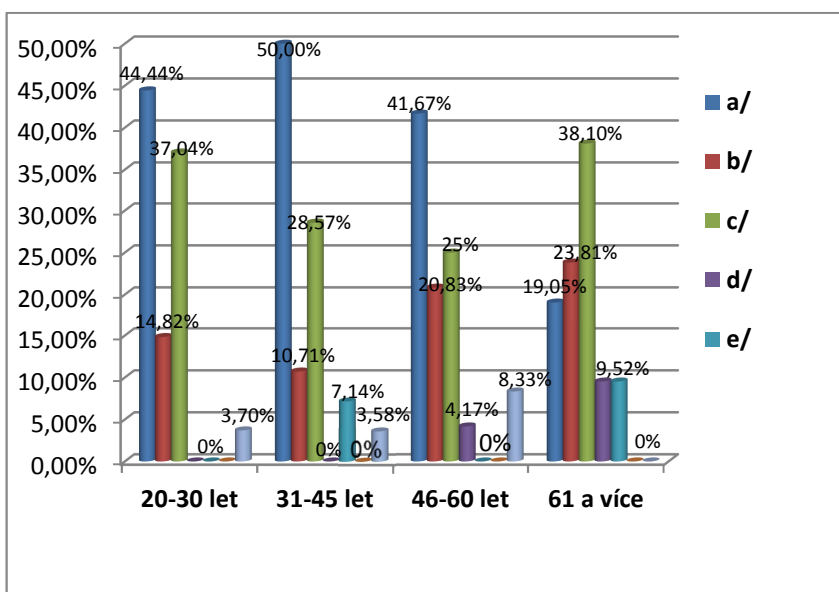
Tabulka č. 7: Morální ospravedlnitelnost eutanázie podle respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
a/	45	45	22	44	23	46
b/	32	32	15	30	17	34
c/	14	14	9	18	5	10
d/	1	1	0	0	1	2
e/	4	4	2	4	2	4
f/	0	0	0	0	0	0
žádná odpověď	4	4	2	4	2	4
Σ	100	100	50	50	50	50

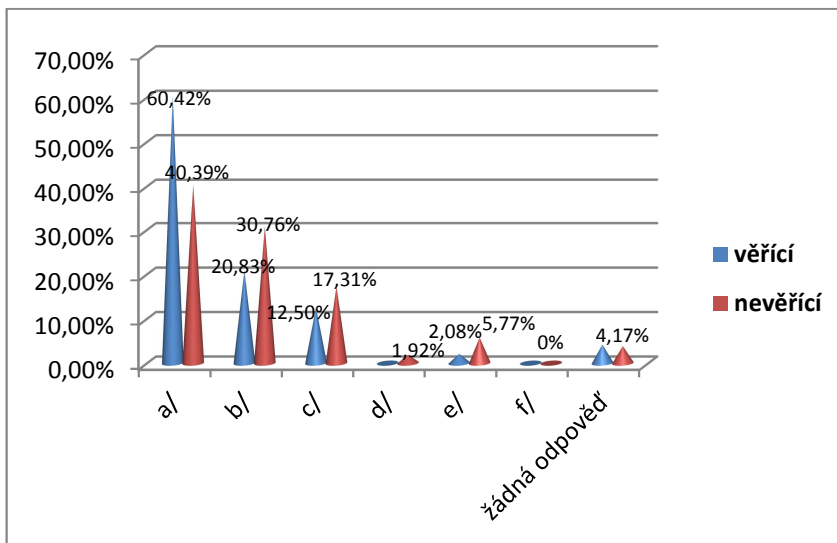
Graf č. 6: Morální ospravedlnitelnost případů eutanázie podle respondentů



Graf č. 7: Morální ospravedlnitelnost případů eutanázie podle věku respondentů



Graf č. 8: Morální ospravedlnitelnost eutanázie podle vyznání respondentů



Pro respondenty z obou skupin (zdravotníků a laiků) je ve 45 % morálně přípustná odpověď za a/ (tedy žena trpící nádorem v obličeji). Věřící (přibližně v 60 %) i nevěřící (přibližně ve 40 %) také zvolili odpověď a/. Naopak žádná ze skupin nebyla pro odpověď f/ (týkající se nezralého novorozence). U čtyř dotazníků nebyla vyplněna žádná odpověď, jednalo se o 2 věřící (katolíky) a 2 nevěřící. Respondenti ve věkových kategoriích 20 – 30 let (přibližně ve 44 %), 31 – 45 let (v 50%), 46 – 60 let (téměř ve 42 %) byli pro odpověď a/. Lidé ve věkové kategorii 61 let a více let zvolili přibližně ve 38 % možnost b/ (žena trpící nemocí buněk centrálního nervového systému). Většina respondentů uváděla 1 odpověď na tuto otázku, rozhodli se tedy pro to, co je pro ně nejvíce morálně přípustné.

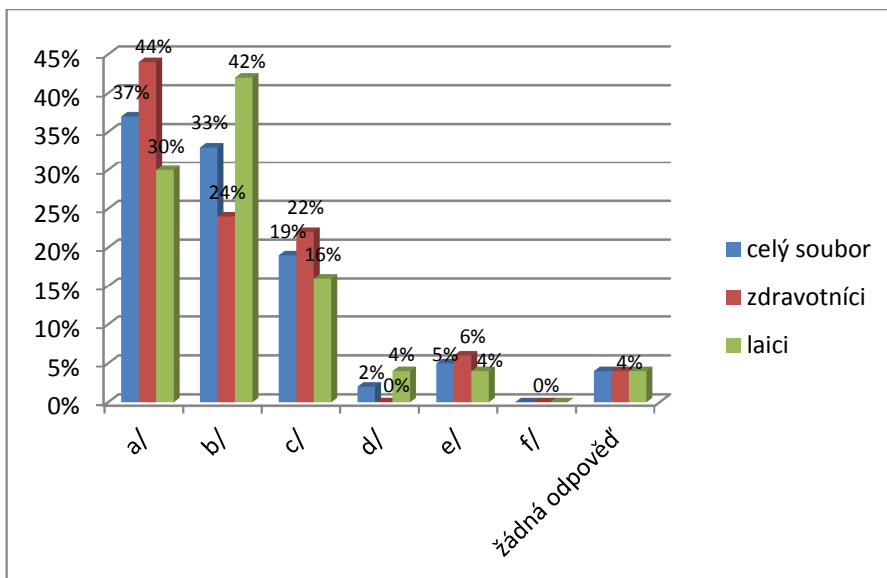
Otázka č. 8 Ve kterém z případů uvedených v otázce č. 7 byste byli pro legalizaci eutanázie?

a/ b/ c/ d/ e/ f/

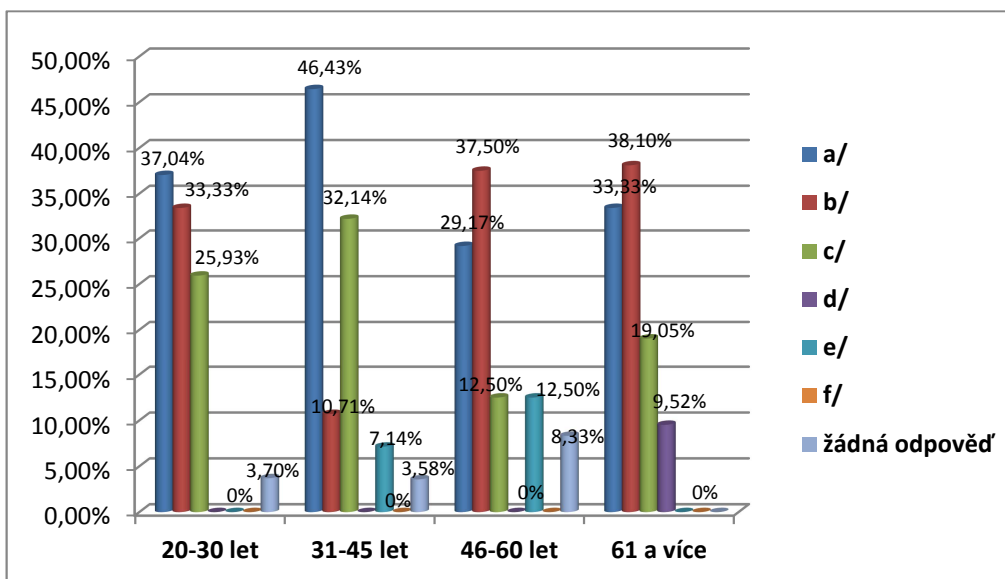
Tabulka č. 8: Legalizace případů eutanázie podle respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
a/	37	37	22	44	15	30
b/	33	33	12	24	21	42
c/	19	19	11	22	8	16
d/	2	2	0	0	2	4
e/	5	5	3	6	2	4
f/	0	0	0	0	0	0
žádná odpověď	4	4	2	4	2	4
Σ	100	100	50	100	50	100

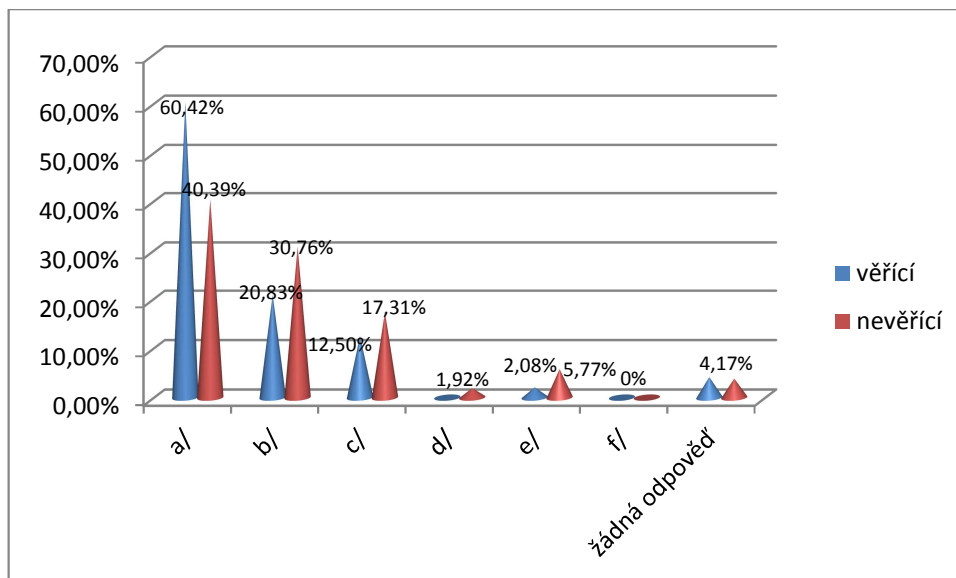
Graf č. 9: Legalizace případů eutanázie podle respondentů



Graf č. 10: Legalizace eutanázie podle věku respondentů



Graf č. 11: Legalizace eutanázie podle vyznání respondentů



Respondenti odpovídali na otázku týkající se legalizace eutanázie odlišně než v předchozí otázce. V rámci celého souboru respondentů došlo téměř k vyrovnání odpovědi a/ (tedy žena trpící nádorem v obličeji) a b/ (žena trpící nevléčitelnou nemocí centrálního nervového systému). K rozdílu došlo z důvodu změn odpovědí laiků, kteří se v případě legalizace eutanázie přiklonili spíše k odpovědi b/ ve 42 %, na rozdíl od předchozí otázky, ve které byli pro odpověď a/. U věřících i nevěřících opět převládá odpověď za a/. Dva věřící (katolíci) a dva nevěřící opět neuvedli žádnou odpověď. Respondenti ve věkových kategoriích 20 – 30 let (přibližně ve 37 %), 31 - 45 let (přibližně ve 46 %), byli pro odpověď a/. Lidé ve věkových kategoriích 46 – 60 let a 61 a více let, byli přibližně ve 38 % pro odpověď b/. K rozdílu od předchozí otázky došlo u věkové kategorie 46 - 60 let, respondenti v této věkové kategorii odpověděli u morální přípustnosti eutanázie možnost a/. Na tuto otázku převažovala 1 odpověď respondentů, rozhodli tedy pro případ, u kterého by byli nejvíce pro to, aby došlo k jeho legalizaci.

Otázka č. 9 Setkali jste se někdy se situací, kdy pacient žádal o ukončení svého života?

a/ ano

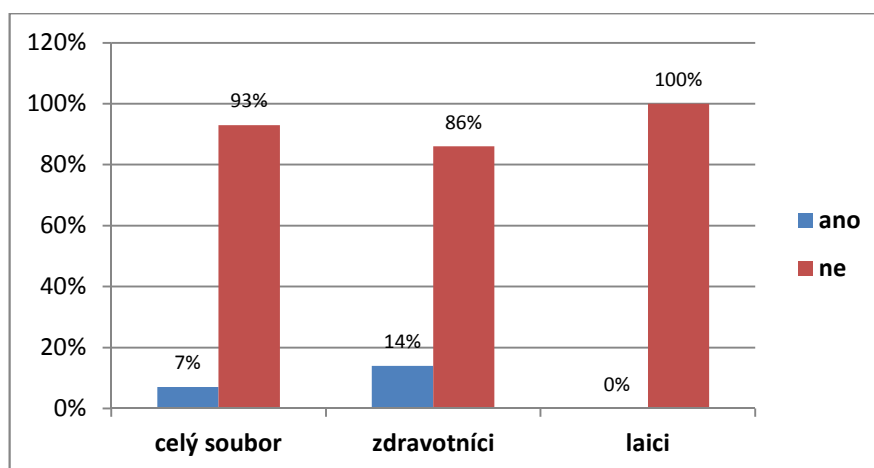
Uveďte.....

b/ ne

Tabulka č. 9: Setkání respondentů s pacientem, který žádal o ukončení svého života

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano (uveďte)	7	7	7	14	0	0
ne	93	93	43	86	50	100
Σ	100	100	50	100	50	100

Graf č. 12: Setkání respondentů s pacientem, který žádal o ukončení svého života



V celém souboru respondentů byla většinová odpověď „ne“ v 93 % odpovědí (respondenti se tedy nikdy nesečkali s pacientem, který žádal o ukončení svého života). Odpověď „ano“ (respondenti se setkali s pacientem žádajícím o smrt) se objevila u zdravotníků ve 14 %. Mezi příčiny, kdy pacient žádal o smrt,

patřily: depresivní pacient (který byl zvolen dvakrát), demenční pacient, psychicky nemocní pacienti, mnohočetný myelom – amyloidóza, poslední stádium rakoviny ledvin. Vyskytla se také odpověď „mnohokrát – nechci o tom mluvit“.

Otázka č. 10 Bylo by pro Vás přípustné, aby byla eutanázie provedena Vám či Vaším blízkým?

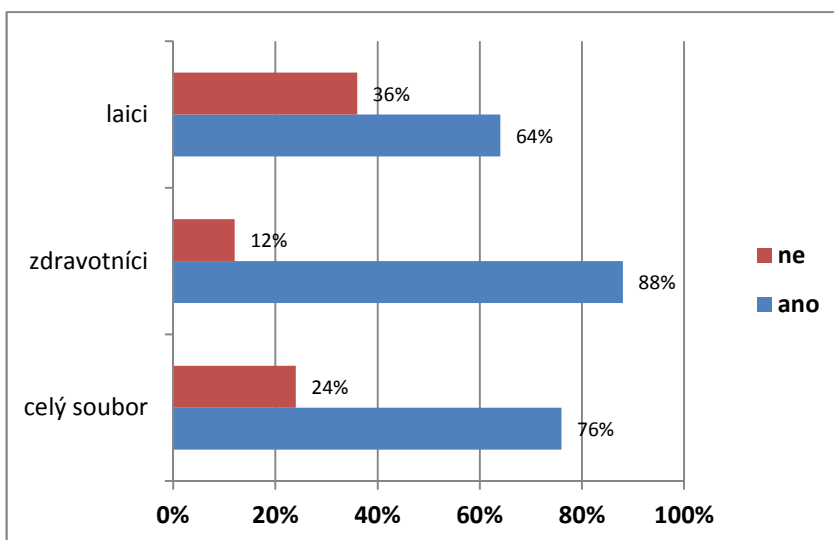
a/ ano

b/ ne

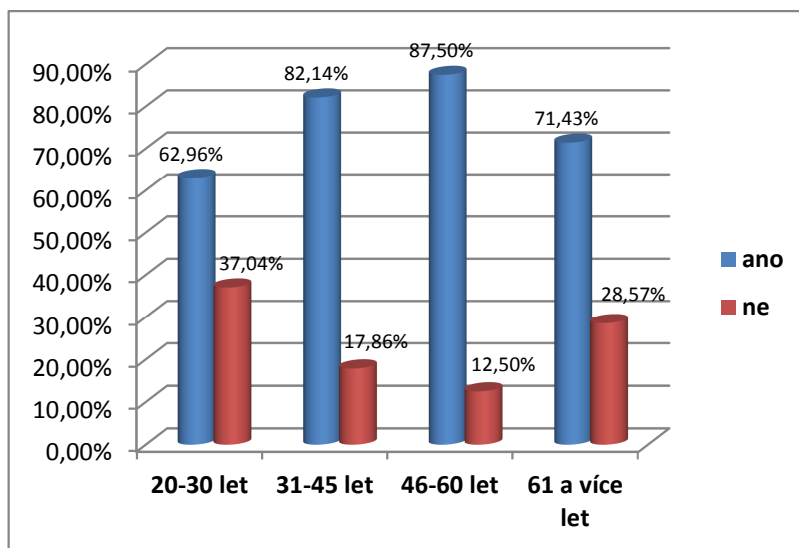
Tabulka č. 10: Přípustnost respondentů k provedení eutanázie jim či jejich blízkým

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano	76	76	44	88	32	64
ne	24	24	6	12	18	36
Σ	100	100	50	100	50	100

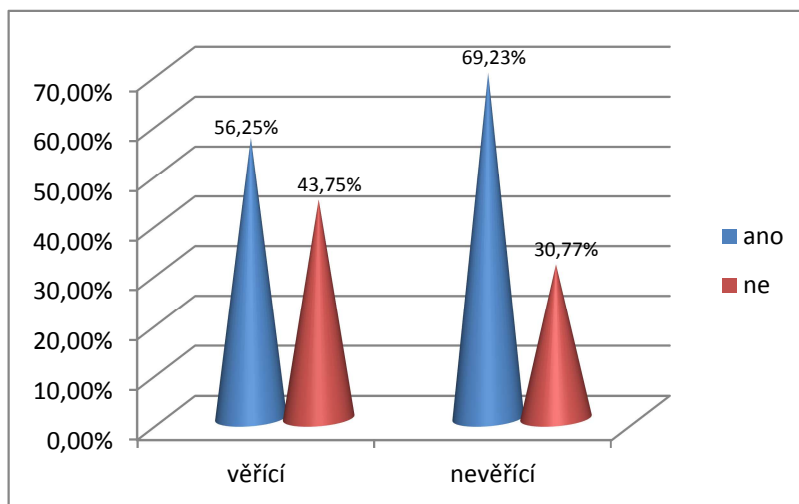
Graf č. 13: Přípustnost respondentů k provedení eutanázie jim či jejich blízkým



Graf č. 14: Přípustnost respondentů k provedení eutanázie jim či jejich blízkým podle věku



Graf č. 15: Přípustnost respondentů k provedení eutanázie jim či jejich blízkým podle vyznání



V celém souboru respondentů významně převažovala odpověď za a/ (tedy že by respondenti byli pro, aby byla eutanázie provedena jim či jejich blízkým) a to v 76 %. Velký rozdíl v odpovědích se ukázal zejména u zdravotníků, kteří byli většinou (v 88 %) pro odpověď za a/. U laiků byl rozdíl menší, odpověď a/ zvolilo 64 % lidí. U věřících také převažovala odpověď a/ přibližně v 56 %.

Nevěřící byli pro odpověď a/ téměř v 70 %. Pro provedení eutanázie respondentům či blízkým by byly zejména respondenti ve věkové kategorii 31 – 45 let (přibližně 82 %) a 46 – 60 let (téměř v 88 %). Naopak proti provedení eutanázie blízkým by byla nejvíce věková kategorie 20 – 30 let přibližně v 37 %.

Otázka č. 11 Jaký typ eutanázie by podle Vás měl být trestný

a/ eutanázie prováděná dětem

b/ eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci, kteří přemýšlejí o sebevraždě

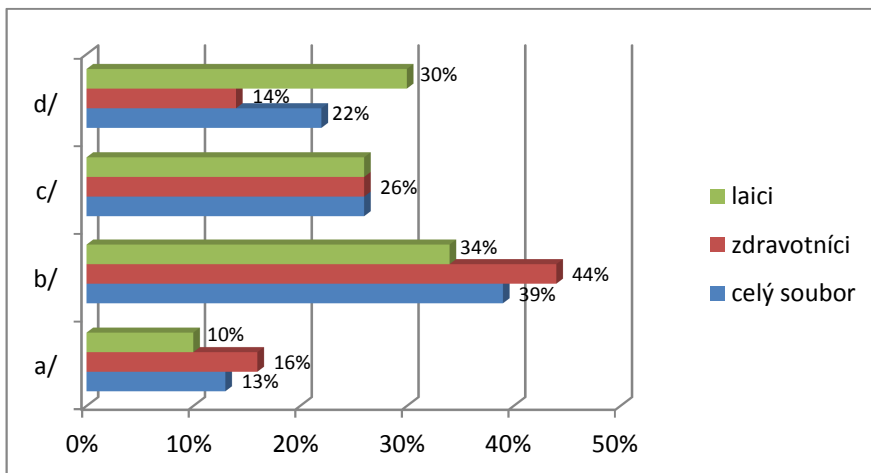
c/ eutanázie provedená pacientovi bez jeho souhlasu, pouze se souhlasem jeho rodiny

d/ jiné (vypište).....

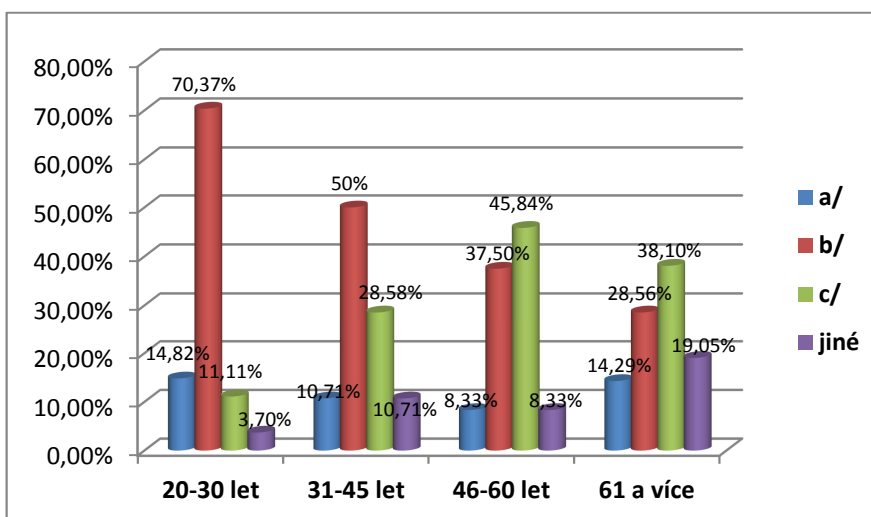
Tabulka č. 11: Trestnost uvedených typů eutanázie podle respondentů

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
a/ eutanázie prováděná dětem	13	13	8	16	5	10
b/ eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci, kteří přemýšlejí o sebevraždě	39	39	22	44	17	34
c/ eutanázie provedená pacientovi bez jeho souhlasu, pouze se souhlasem jeho rodiny	26	26	13	26	13	26
d/ jiné (všechny typy by měly být trestné)	22	22	7	14	15	30
Σ	100	100	50	100	50	100

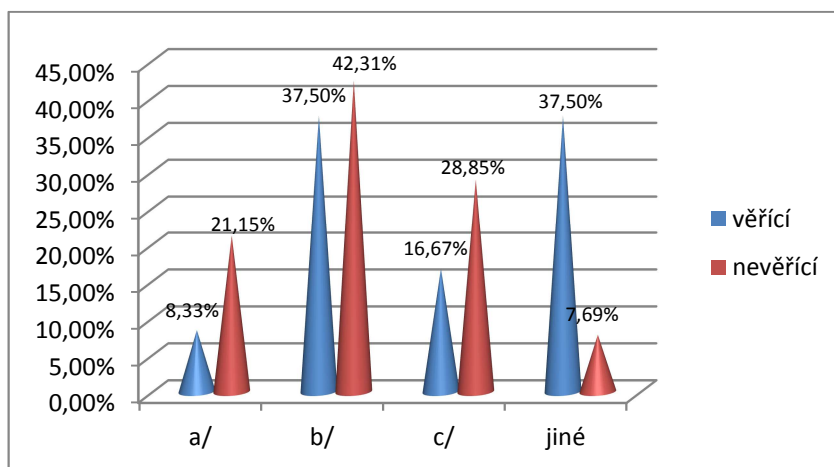
Graf č. 16: Trestnost uvedených typů eutanázie podle respondentů



Graf č. 17: Trestnost uvedených typů eutanázie podle věku respondentů



Graf č. 18: Trestnost uvedených typů eutanázie podle vyznání respondentů



Celý soubor respondentů se u této otázky přiklonil k odpovědi za b/ (eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci) ve 39 %. Nejméně a to ve 13 % respondenti udali možnost za a/ (eutanázie prováděná dětem). 22 % respondentů by bylo pro to, aby byly všechny uvedené typy eutanázie trestné (7 % zdravotníků, 30 % laiků). Věřící lidé by byli v 37,5 % pro to, aby byla trestná odpověď b/ a odpověď d/ (všechny uvedené typy eutanázie by měly být trestné). Nevěřící byli pro možnost b/ přibližně ve 42 %, možnost „jiné“ volili téměř v 8 %. U věřících i nevěřících je tedy znatelný rozdíl v možnosti „jiné“. Respondenti ve věkových kategoriích 20 – 30 let (přibližně v 70 %), 31 – 45 let (v 50 %) byli pro odpověď b/ (eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci). Lidé ve věkových kategoriích 46 – 60 let (přibližně ve 46 %), 61 a více let (přibližně ve 38 %) byli pro odpověď c/ (eutanázie provedená pacientovi bez jeho souhlasu). Na tuto otázku byla ve většině případů uvedena 1 odpověď, respondenti se tedy rozhodli pro takový typ eutanázie, který by měl být nejvíce trestný.

Otázka č. 12 Považujete zvyšující se dávky léků ke zmírnění bolesti, jejichž následkem může být smrt, za úmyslné usmrcení v případě, kdy smrt skutečně nastane? Účelem aplikace léků není člověka usmrtit, ale tišit bolest, avšak lékař i aplikující sestra o riziku smrti při zvyšujících se dávkách těchto léků vědí, nevědí však kdy přesně (tj. při jaké dávce) nastane.

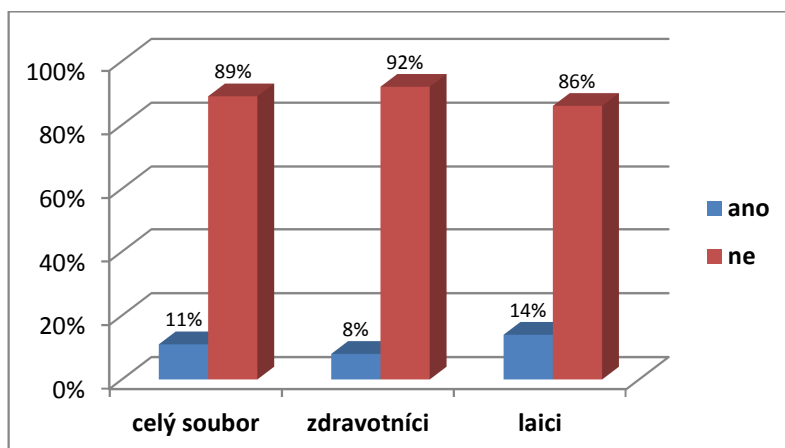
a/ ano

b/ ne

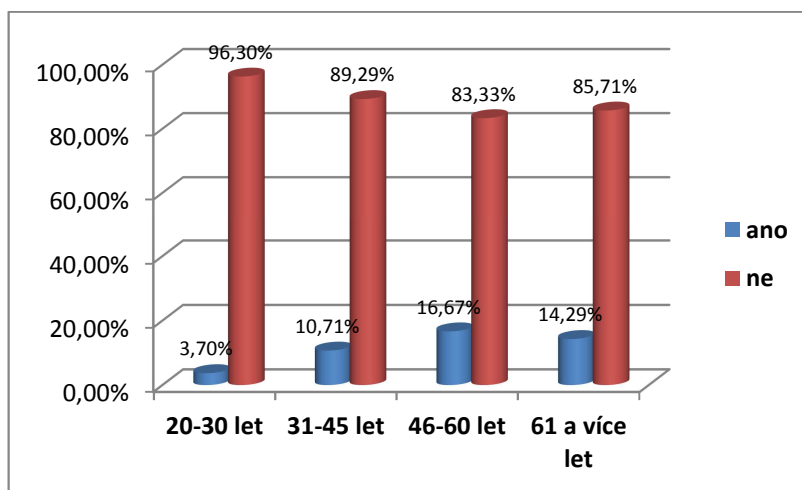
Tabulka č. 12: Názor respondentů na double effect

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano	11	11	4	8	7	14
ne	89	89	46	92	43	86
Σ	100	100	50	100	50	100

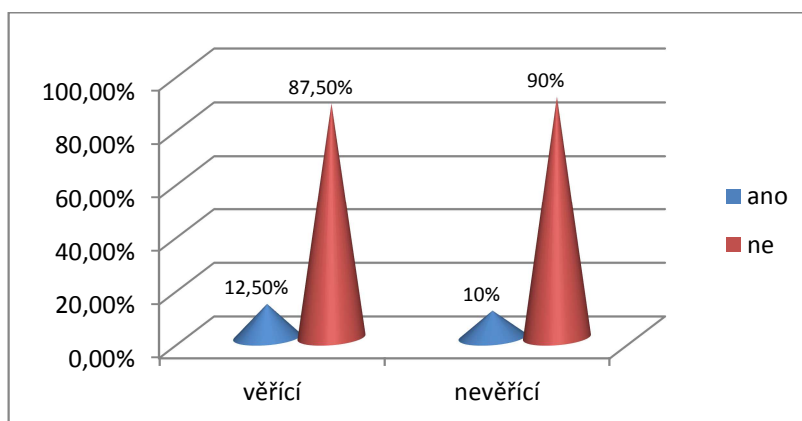
Graf č. 19: Názor respondentů na double effect



Graf č. 20: Názor respondentů na double effect podle věku



Graf č. 21: Názor respondentů na double effect podle vyznání



Z celého souboru respondentů dalo 89 % lidí možnost b/ (tedy že pro ně double effect není úmyslné usmrcení člověka). U jednotlivých skupin zdravotníků, laiků i věřících, nevěřících je také většinová odpověď b/. Kladný názor respondentů na double effect převažuje ve věkových kategoriích přibližně stejně. Největší procento odpovědí mají respondenti ve věkové kategorii 20 – 30 let (přibližně v 96 %).

Otázka č. 13 Byl/a byste schopen/schopna akceptovat z etického hlediska asistovanou sebevraždu, tedy poskytnutí rady, materiálu, nebo přímé pomoci při přípravě sebevraždy pacienta?

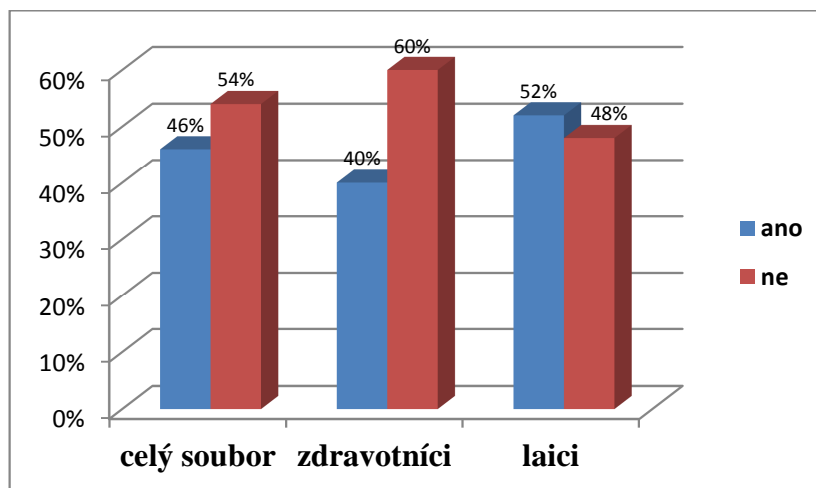
a/ ano

b/ ne

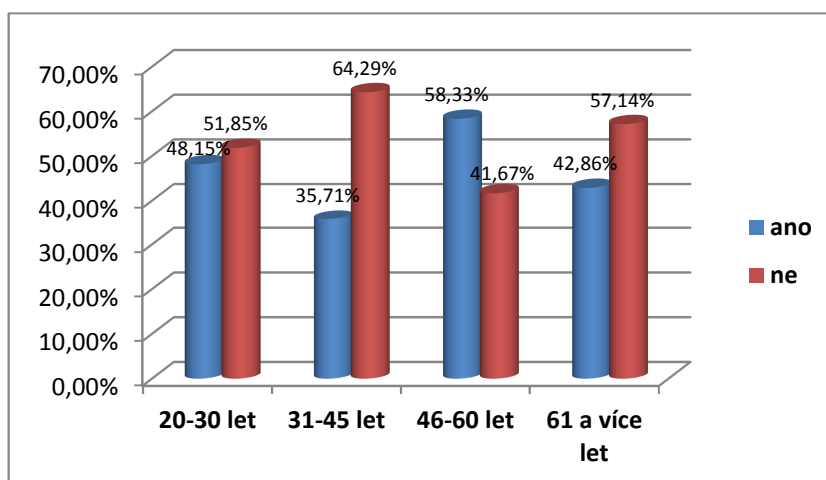
Tabulka č. 21: Schopnost respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano	46	46	20	40	26	52
ne	54	54	30	60	24	48
Σ	100	100	50	100	50	100

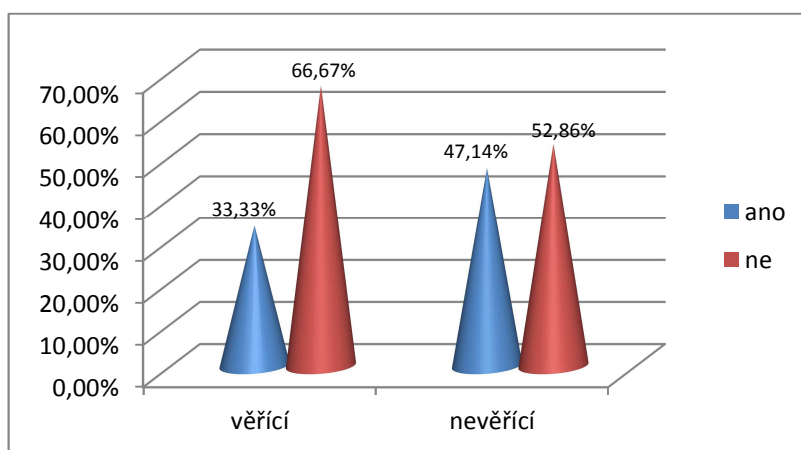
Graf č. 22: Schopnost respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu



Graf č. 23: Schopnost respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu podle věku



Graf č. 24: Schopnost respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu podle vyznání respondentů



V odpovědích respondentů z celého souboru na tuto otázku převažovala odpověď b/ (tedy, že lidé nejsou schopni akceptovat asistovanou sebevraždu) a to v 54 %, z toho je zřejmé, že zde není významný rozdíl s odpovědí za a/. U zdravotníků převažovala v 60 % odpověď b/. Laici naopak zvolili v 52 % možnost a/ (schopnost akceptovat asistovanou sebevraždu). Věřící nebyli schopni akceptace asistované sebevraždy téměř v 67 %, nevěřící téměř v 53 %. Schopnost akceptace asistované sebevraždy byla největší ve věkové kategorii 46 - 60 let (přibližně v 58 %). Negativní názor na akceptaci asistované sebevraždy převažoval ve věkové kategorii 31 – 45 let (přibližně v 64 %).

Otázka č. 14 Chápete cílené zřeknutí se nebo neposkytnutí životně důležité léčby nebo péče v případech, ve kterých je zřejmé, že důsledkem jejich neposkytnutí může být nebo bude smrt, jako vraždu? Jde např. o neposkytnutí výživy, aplikace kyslíku, antibiotika v případě zápalu plic aj.)

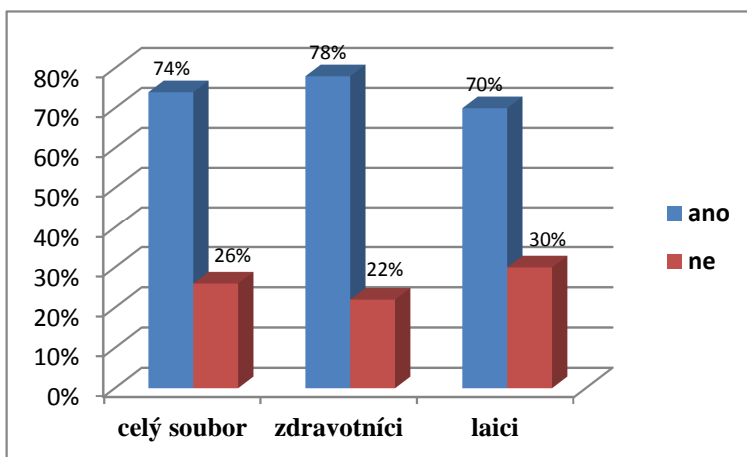
a/ ano

b/ ne

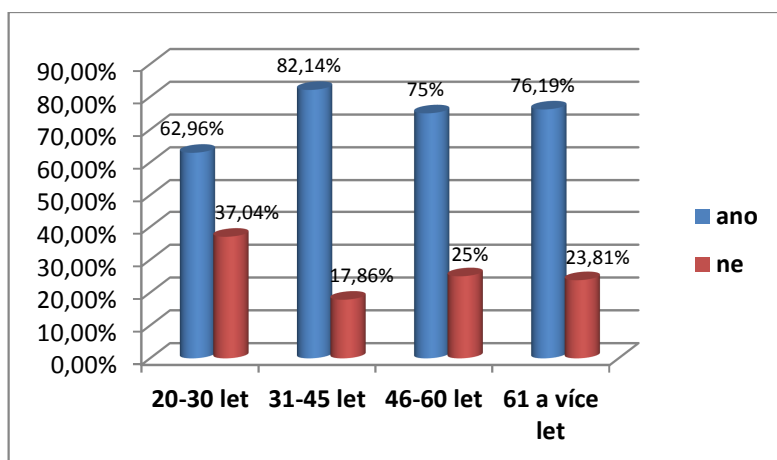
Tabulka č. 14: Názor respondentů na pasivní eutanázii

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano	74	74	39	78	35	70
ne	26	26	11	22	15	30
Σ	100	100	50	100	50	100

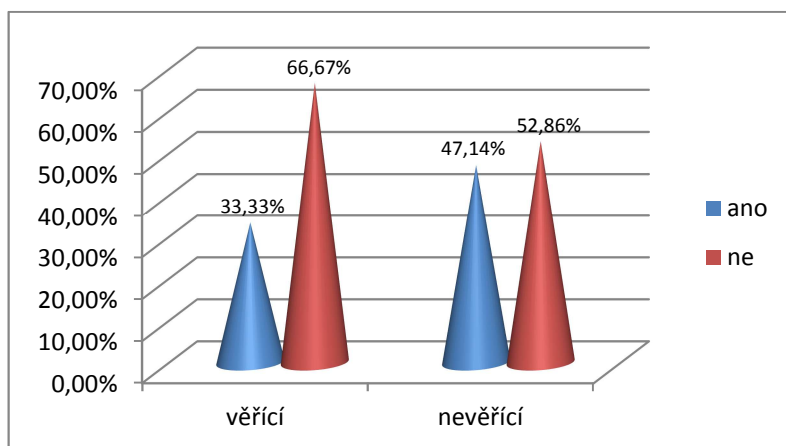
Graf č. 25: Názor respondentů na pasivní eutanázii



Graf č. 26: Názor respondentů na pasivní eutanázii podle věku



Graf č. 27: Názor respondentů na pasivní eutanázii podle vyznání respondentů



V celém souboru respondentů významně převažuje odpověď a/ (pasivní eutanázie je brána jako vražda) v 74 %. U zdravotníků (v 78 %) i laiků (v 70 %) také převažuje odpověď a/. Věřící se přiklání k odpovědi a/ v 83 %, nevěřící téměř v 67 %. Pasivní eutanázie je brána jako vražda zejména ve věkové kategorii 31 - 45 let (přibližně v 82 %).

Otázka č. 15 Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí? Tj. za splnění těchto předpokladů:

- žádost musí pocházet jen od pacienta a musí být svobodná a chtěná;
- pacientova žádost musí být dobře uvážená, pevná a nezvratná;
- pacientův stav musí působit nesnesitelné útrapy bez perspektivy zlepšení;
- eutanázie musí být poslední opatření; musí být vzaty v úvahu a hledány všechny alternativy ke zmírnění pacientovi situace;
- eutanázie musí být provedena lékařem;
- lékař musí provést konzultaci s jiným nezávislým lékařem, který má zkušenosti z této oblasti

a/ ano

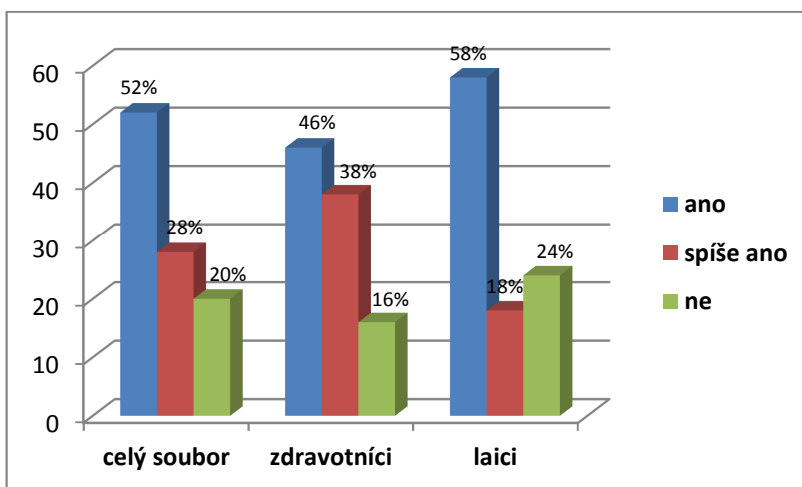
b/ spíše ano

c/ ne

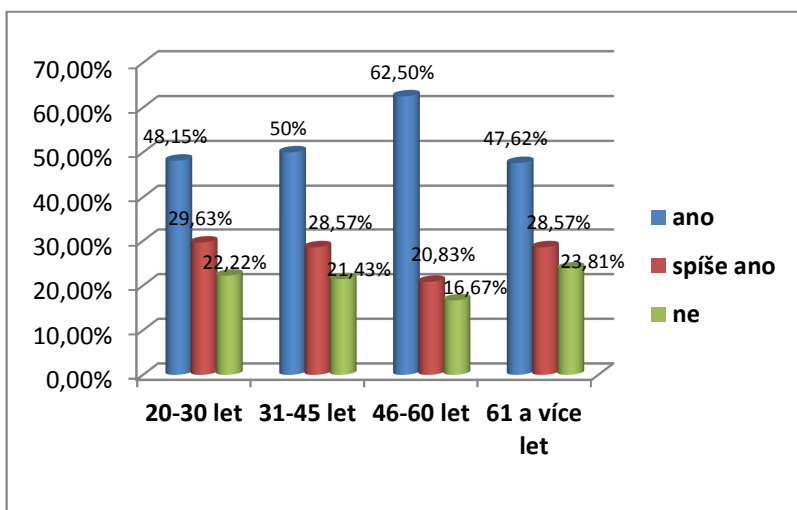
Tabulka č. 15: Názor respondentů na legalizaci eutanázie v ČR

	celý soubor		zdravotníci		laici	
	N	%	N	%	N	%
ano	52	52	23	46	29	58
spíše ano	28	28	19	38	9	18
ne	20	20	8	16	12	24
Σ	100	100	50	100	50	100

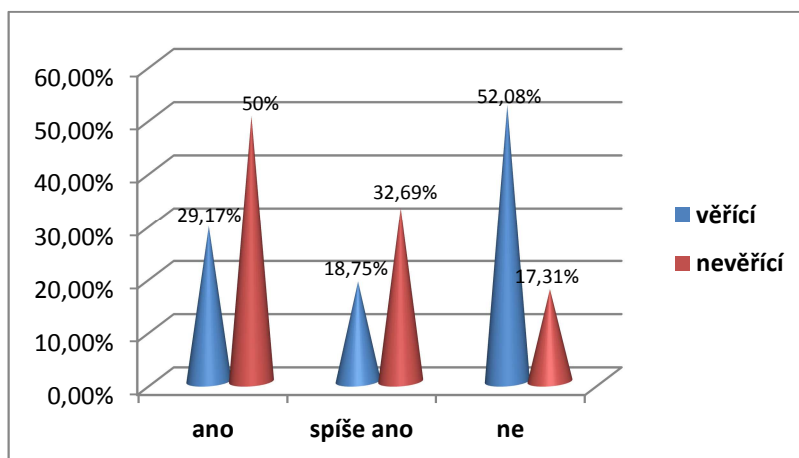
Graf č. 28: Názor respondentů na legalizaci eutanázie v ČR



Graf č. 29: Názor respondentů na legalizaci eutanázie v ČR podle věku



Graf č. 30 *Názor respondentů na legalizaci eutanázie v ČR podle vyznání*



Celý soubor respondentů je v 52 % pro uzákonění eutanázie, naopak 20 % lidí jsou proti. Zdravotníci jsou v 46 % pro uzákonění eutanázie, 16 % jich je proti. Laici jsou pro tuto eutanázii v 58 %, ve 24 % jsou proti, což je nárůst od zdravotníků o 10 % více. U věřících převažuje negativní přístup k legalizaci eutanázie přibližně v 52 %, kladný náhled na legalizaci eutanázie má 29 % věřících. Pro uzákonění eutanázie v České republice je především věková kategorie 46 – 60 let (téměř v 63 %).

9.3 CÍLE A HYPOTÉZY

CÍLE

C1: Touto prací chci zjistit, co si zdravotníci a nezdravotníci představují pod pojmem eutanázie.

C2: Touto prací chci zjistit, zda a popřípadě v jakých případech, jsou zdravotníci a nezdravotníci schopni akceptovat eutanázii a kdy je pro ně morálně ospravedlnitelným činem.

C3: Touto prací chci zjistit rozdíly ve vnímání eutanázie vzhledem k věku tázaných.

C4: Touto prací chci zjistit vnímání pasivní eutanázie, asistované sebevraždy a double effectu.

C5: Touto prací chci zjistit, zda a popřípadě v jakých případech, by zdravotníci i nezdravotníci považovali legalizaci eutanázie za přípustnou.

C6: Touto prací chci zjistit postoj věřících a nevěřících k eutanázii.

V rámci všech uvedených cílů budu především sledovat rozdíly mezi zdravotníky a nezdravotníky na eutanázii.

HYPOTÉZY

H1: Domnívám se, že zdravotníci i nezdravotníci mají stejný názor na to, co je eutanázie.

H2.1: Předpokládám, že alespoň v jednom případě bude eutanázii akceptovat každá osoba.

H2.2: Předpokládám, že přibližně u poloviny zdravotníků bude eutanázie za určitých okolností nemorální čin.

H2.3: Domnívám se, že pro většinu nezdravotníků bude eutanázie za určitých okolností čin morální.

H3: Domnívám se, že vnímání eutanázie je ovlivněno věkem, s tím, že s věkem klesá ochota akceptovat eutanázii.

H4.1: Předpokládám, že pasivní eutanázie je vnímána u většiny zdravotníků i nezdravotníků jako vražda.

H4.2: Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla schopna tolerovat asistovanou sebevraždu.

H4.3: Předpokládám, že double effect není považován za úmyslné ubližování většinou zdravotníků i nezdravotníků.

H5: Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla pro legalizaci eutanázie v určitých případech.

H6: Předpokládám, že většina věřících má negativní postoj k eutanázii oproti nevěřícím, kde předpokládám, že jsou ve většině případů pro eutanázii.

9.4 SHRnutí VÝSLEDKŮ

Bakalářská práce se zabývá postojem a rozdíly mezi zdravotníky a laiky na eutanázii a otázkami s ní spojenými.

K průzkumu jsem použila metodu anonymního dotazníku, který obsahoval patnáct otázek. Pět položek zjišťovalo identifikační údaje respondentů a deset otázek se týkalo vlastního tématu eutanázie.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Celý soubor tvořilo 62 % žen a 38 % mužů. U zdravotníků i laiků byla většina žen (u zdravotníků 70 % žen, u laiků 54 %).

Největší zastoupení respondentů bylo ve věkových kategoriích 31 - 45 let a 46 – 60 let. Nejmenší zastoupení měli respondenti ve věkové kategorii 61 a více let. U zdravotníků převažovala věková kategorie 31 – 45 let, u laiků to byla kategorie 61 a více let.

Soubor respondentů byl rozdělen na zdravotníky (lékaře, zdravotní sestry) a laiky. Zdravotníků (25 % lékařů, 25 % zdravotních sester) i laiků bylo 50 %, dohromady tedy 100 %. Výsledky šetření se týkají jak celého souboru respondentů, tak zdravotníků a laiků.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u zdravotníků vysokoškoláků (50 %) a středoškoláků (40%). U laiků bylo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské (56 %) a vysokoškolské (22 %).

Věřící a nevěřící respondenti byli přibližně v rovnováze (věřící 48 %, nevěřící 52 %).

Pojem eutanázie znamenal pro zdravotníky ve 24 % „usmrcení choré osoby na její přání“, mezi další odpovědi patřily - dobrovolné ukončení nesmyslného utrpení (12 %), asistovaná sebevražda (10 %) atd. Pro laiky však tento pojem vyjadřoval ve 20 % asistovanou sebevraždu, k dalším častým odpovědím patřily - usmrcení choré osoby na její přání (16 %), dobrovolné ukončení nesmyslného utrpení (12 %) atd.

Morální ospravedlnitelnost eutanázie byla většinová pro zdravotníky (ve 44 %), laiky (ve 46 %) a věřící (přibližně v 60 %) u odpovědi a/ (40 letá žena žádající o eutanázii trpí velmi vzácným, nevléčitelným, bolestivým

a znetvořujícím nádorem v obličeji, z důvodu kterého také ztratí čich, chuť a poté prakticky oslepne). Naopak nikdo se nepřiklonil k odpovědi f/ (32letý muž trpící několik let těžkými depresemi, který žádá o asistovanou sebevraždu). K odpovědi a/ se přiklonili zejména respondenti ve věkové kategorii 31 – 45 let v 50 %. Nezodpovězeny byly čtyři dotazníky na tuto otázku.

Pro legalizaci eutanázie byli zdravotníci ve 44 % a věřící přibližně v 56 % opět pro odpověď a/ (40 letá žena žádající o eutanázii trpí velmi vzácným, nevyléčitelným, bolestivým a znetvořujícím nádorem v obličeji, z důvodu kterého také ztratí čich, chuť a poté prakticky oslepne), laici by však byli pro odpověď b/ (65letá ochrnutá žena trpí neléčitelnou nemocí buněk centrálního nervového systému. Výsledkem nemoci je oslabení dýchacích svalů. Tato žena prakticky nemůže mluvit a je vyživována pomocí trubičky) ve 46 %. U laiků tedy došlo ke změně odpovědi, morálně ospravedlnitelná by pro ně byla možnost a/, ale legalizaci by povolili u možnosti b/. K odpovědi a/ se přiklonili především lidé ve věkové kategorii 31 – 45 let přibližně ve 46 %. Zde také došlo k nezodpovězení čtyř dotazníků na tuto otázku.

V otázce týkající se setkání respondentů s pacientem, který žádal o ukončení svého života, odpovědělo 86 % zdravotníků ne, zbylých 14 % se s touto žádostí setkala, šlo o dva depresivní pacienty, dementního pacienta, psychicky nemocného pacienta, mnohočetný myelom – amyloidózu a poslední stádium rakoviny ledvin, byla zde i odpověď „mnohokrát – nechci o tom mluvit“.

Přípustnost provedení eutanázie respondentům či jejich blízkým vyšla u zdravotníků v 88 % kladná odpověď. Laici byli pro v 64 %. U věřících také lehce převažovala odpověď ano a to přibližně v 56 %. Pro provedení eutanázie respondentům či jejich blízkým by byly zejména lidé ve věkové kategorii 31 – 45 let (přibližně v 82 %) a 46 – 60 let (téměř v 88 %).

Pro zdravotníky ve 44 %, laiky ve 34 % a věřící téměř ve 38 % by měla být trestná eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci, kteří přemýšlejí o sebevraždě. Pro trestnost eutanázie provedené lidem v nepříznivé životní situaci by byla především věková kategorie 20 – 30 let a to přibližně v 70 %.

Zdravotníci nepovažují v 92 % double effect jako vraždu, pro laiky není

vraždou v 86 %, pro věřící téměř v 88 %. Double effect nepovažují jako vraždu zejména respondenti ve věkové kategorii 20 – 30 let a to v přibližně v 96 %.

Asistovanou sebevraždu je schopno akceptovat 40 % zdravotníků, u laiků je to 52 %, u věřících přibližně 33 % respondentů. Pro akceptaci asistované sebevraždy byli lidé zejména ve věkové kategorii 46 - 60 let (přibližně v 58 %).

Pasivní eutanázie je zdravotníky v 78 % chápána jako vražda, pro laiky je vraždou v 70 %, pro věřící přibližně v 83 %. Vraždou je pasivní eutanázie zejména pro respondenty ve věkové kategorii 31 – 45 let a to přibližně v 82 %.

Zdravotníci by byli pro legalizaci eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí ve 46 %, laici v 58 % a věřící přibližně v 29 %. Pro uzákonění eutanázie v České republice jsou především respondenti ve věkové kategorii 46 – 60 let (téměř v 63 %).

DISKUSE

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že zdravotníci i nezdravotníci mají stejný názor na to, co je eutanázie.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázky č. 6. Zkuste definovat, co je podle Vás pojem eutanázie?

Zdravotníci si představují pod pojmem eutanázie ve 24 % „usmrcení choré osoby na její přání“, pro laiky však eutanázie ve 20 % znamená „asistovanou sebevraždu“.

Výsledky z odpovědí na tuto otázku nekorespondují s diplomovou prací Skácelové, která na základě svého výzkumu uvádí, že „pro zdravotníky pojem eutanázie znamená dobrovolné ukončení života s pomocí lékaře, popřípadě jiné osoby“. Pro laiky znamená pojem eutanázie „dobrovolné ukončení života“ (Skácelová, 2009).

U této otázky jsem předpokládala, že u obou skupin respondentů bude shodná odpověď na to, co eutanázie znamená. Pojem, který zdravotníci většinou vyjádřili, podle mého názoru komplexněji charakterizuje eutanázii, to nejspíše vyplývá z větší znalosti tohoto pojmu. Laici zvolili asistovanou sebevraždu, která patří jen mezi typy eutanázie, z něhož lze usuzovat, že laici pojmu eutanázie nerozumí.

Hypotéza č. 1 se nepotvrzuje.

Problém, který vidím jako podstatný, je absence možnosti odpovědi u otázek č. 7, 8, 11 „nejsem pro žádný z uvedených případů“, to mi potvrdila i kritika samotných respondentů, kteří komentářem uváděli nesouhlas s žádnou variantou. Výsledky z těchto otázek, tedy nelze považovat za významné pro ověření některých hypotéz - viz text níže.

Hypotéza č. 2.1

Předpokládám, že alespoň v jednom případě bude eutanázii akceptovat každá osoba. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 7. Ve kterém z těchto případů, by podle Vás byla eutanázie morálně ospravedlnitelná?

Na tuto otázku neodpověděla 4 % respondentů.

Většina respondentů zvolila jednu odpověď, rozhodli se tedy pro případ, který je pro ně nejvíce morálně ospravedlnitelný. Tato otázka byla špatně položená, měla jsem zde uvést možnost „nejsem pro v žádném případě“. K této otázce jsem měla také výslovně uvést možnost více odpovědí.

Hypotéza č. 2.1 – nelze potvrdit

Hypotéza 2.2

Předpokládám, že přibližně u poloviny zdravotníků bude eutanázie za určitých okolností nemorální čin.

Hypotéza se vztahuje k otázce číslo 7. Ve kterém z těchto případů, by podle Vás byla eutanázie morálně ospravedlnitelná?

Výsledek byl 88 %, tedy většina zdravotníků by byla pro provedení eutanázie jim samým či jejich blízkým. Jednou z možných příčin, proč takto zdravotníci odpovídali na tuto otázku, by mohla být zkušenost s umírajícími lidmi a odborná znalost prognóz různých nemocí.

Hypotéza č. 2.2 nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 2.3

Domnívám se, že pro většinu nezdravotníků bude eutanázie za určitých okolností čin morální.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázky č. 10.

Bylo by pro Vás přípustné, aby byla eutanázie provedena Vám či Vaším blízkým?

Výsledek byl 64 %, tedy většina nezdravotníků by byla pro provedení eutanázie jim samým či jejich blízkým. Úvaha nad tímto výsledkem mě přivádí k tomu, že možným důvodem je strach respondentů z bolesti doprovázející umírání.

Hypotéza č. 2.3 byla potvrzena.

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že vnímání eutanázie je ovlivněno věkem, s tím, že s věkem klesá ochota akceptovat eutanázii.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázek č. 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

V otázkách č. 7, 8 se dotazuji na jednotlivý postoj respondentů ke konkrétním případům. Považuji za vhodné vložit otázky i na obecné zjištění morální přípustnosti eutanázie a legalizace eutanázie, pro nalezení dalších souvislostí vzhledem k věku tázaných. Otázce č. 7 by tedy měla předcházet otázka zjišťující, zda jsou respondenti pro morální přípustnost eutanázie či nikoli a otázce č. 8 otázka vztahující se k uzákonění eutanázie či ne.

Otázka č. 7 zjišťuje v jakém případě, by eutanázie byla pro respondenty morálně ospravedlnitelná.

Na odpověď neodpověděla 4 % respondentů, a proto nelze vyvozovat závěr. Pro přehled: žádnou odpověď neoznačila věková kategorie 20 – 30 let téměř ve 4 %, kategorie 31 - 45 let také téměř ve 4 %, kategorie 46 – 60 let přibližně v 8 %. Z odpovědí nelze ověřit relevantní hypotézu, viz výše zvýrazněný důvod.

Otázka č. 8 zjišťuje v jakém případě z otázky č. 7, by respondenti byli pro jeho legalizaci.

Při dodání výše zmíněné otázky, týkající se legalizace eutanázie ano či ne, by poté bylo snazší určit rozdíly v různých věkových kategoriích. Neuvedením možnosti „nejsem pro žádný z uvedených případů“ došlo k neúmyslnému ovlivňování odpovědí, respondenti neměli jinou možnost než se přiklonit k jednotlivému příkladu eutanázie. Tato otázka nebyla opět odpovězena u 4 % respondentů.

Otázka č. 10 se zabývá přípustností provedení eutanázie respondentům či jejich blízkým.

Na tuto otázku odpověděli respondenti v různých věkových kategoriích odlišně. Věková kategorie 20 – 30 let byla pro přípustnost provedení eutanázie jim či blízkým téměř v 63 %, narozdíl od ostatních věkových kategorií (31 – 45 let přibližně 82 %, 46 – 60 let téměř v 88 %, 61 a více let téměř v 71 %). Vnímání

respondentů k provedení eutanázie jim či jejich blízkým je rozdílné vzhledem k jejich věku, ale není zde žádná souvislost s tím, že by se vzrůstajícím věkem byli proti provedení uvedeného typu eutanázie. Velmi mě překvapilo, že věková kategorie 20 – 30 let měla největší zastoupení odpovědi „ne“ a to přibližně v 37 %, u této věkové skupiny bych čekala odpověď „ano“. Myslím si, že je to proto, že mladí lidé více přemýšlejí nad životem a smrtí, než starší věkové kategorie.

Otázka č. 11 se zajímá typem eutanázie, který by měl být podle respondentů trestný.

K této otázce jsem měla opět uvést odpověď „žádný z uvedených typů“. Sice zde byla možnost odpovědi d/ („jiné“), ale i tato odpověď nedává prostor k možnému nesouhlasu. Tuto možnost zvolilo ve věkových kategoriích 20 – 30 let téměř 4 % respondentů, 31 – 45 let téměř 11 % tázaných, 46 – 60 let přibližně 8 % tázaných, 61 a více let přibližně v 19 % lidí. Z čehož vyplývá, že mírný vzestup v závislosti na věku je patrný, ale není zcela rovnoměrně vzestupný.

Otázka č. 12 zjišťuje názor respondentů na double effect. Všechny věkové kategorie jsou většinou pro double effect, nejvíce tak odpovídala věková kategorie 20 – 30 let a to přibližně v 96 %.

Otázka č. 13 zjišťuje ochotu respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu. Kromě věkové kategorie 46 – 60 let, která je přibližně v 58 % pro akceptaci asistované sebevraždy, jsou ostatní věkové kategorie proti.

Otázka č. 14 zjišťuje názor respondentů na pasivní eutanázii. U této otázky jsou všechny věkové kategorie pro tvrzení, že je pasivní eutanázie vražda. Tento názor je nejvíce zastoupen ve věkové kategorii 31 – 45 let přibližně v 82 %, dále 46 – 60 let v 75%, 61 a více let přibližně v 76 %.

Otázka č. 15 zjišťuje souhlas s legalizací eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí. Všechny věkové kategorie by byly pro legalizaci eutanázie v ČR.

Tato hypotéza má překvapivý závěr, čekala jsem opačný výsledek (s přibývajícím věkem klesá ochota akceptovat eutanázii). Například v diplomové práci Blahové vyšlo: o eutanázii více žádají mladí lidé, naopak starší lidé jsou více

proti (Blahová, 2008). V mém šetření se tento výsledek neprokázal, jednou z příčin, by mohl být malý soubor respondentů, zvláště po rozdělení na jednotlivé věkové kategorie.

Hypotéza č. 3 nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 4.1

Předpokládám, že pasivní eutanázie je vnímána u většiny zdravotníků i nezdravotníků jako vražda.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázky č. 14, která zjišťuje názor respondentů na pasivní eutanázii.

Zdravotníci (v 78 %) i laici (v 70 %) považují pasivní eutanázii za vraždu. Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 4.2

Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla schopna tolerovat asistovanou sebevraždu.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázky č. 13, která se týká tolerance asistované sebevraždy. Zdravotníci byli ve 40 % a laici v 52 % pro akceptovatelnost asistované sebevraždy. Podle mého názoru byli zdravotníci spíše proti akceptovatelnosti asistované sebevraždy, protože se obávají možné asistence u tohoto typu eutanázie.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 5

Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla pro legalizaci eutanázie v určitých případech.

Tuto hypotézu jsem ověřovala za pomoci otázky č. 15, která zjišťuje souhlas s legalizací eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí.

Zdravotníci byli pro legalizaci eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí v 84 % případů („ano“ ve 46 %, k tomu řadím i odpověď „spíše ano“ ve 38 %). Laici byli pro v 76 % („ano“ v 58 %, „spíše ano“ v 18 %).

Hypotéza nebyla potvrzena (byla potvrzena pouze z části, protože většina nezdravotníků byla pro legalizaci eutanázie v určitých případech).

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že většina věřících má negativní postoj k eutanázii oproti nevěřícím, kde předpokládám, že jsou ve většině případů pro eutanázii. Hypotéza se vztahuje k otázkám číslo 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Otázka č. 7 zjišťuje v jakém případě, by eutanázie byla pro respondenty morálně ospravedlnitelná.

I zde dochází ke znehodnocení výsledků a je zde zapotřebí dodat možnost „nejsem pro žádný z uvedených případů“. Žádnou odpověď neuvedli 2 věřící a 2 nevěřící lidé. Na tuto otázku odpověděli věřící přibližně v 60 % pro možnost a/ (žena trpící nádorem v obličeji). Stejná odpověď byla i u nevěřících přibližně ve 40 %. Dalším problémem je špatně položená otázka. Otázku směřuji k výběru nejpříjemnější odpovědi pro respondenta, tudíž může nastat riziko, že bude tázaným zvoleno menší zlo a nebude vyjádřen skutečný postoj.

Otázka č. 8 se ptá na případ z otázky č. 7, u kterého by respondenti byli pro jeho legalizaci.

V této otázce nacházím stejný problém jako v otázce č. 7. Věřící uvedli, že jsou pro legalizaci eutanázie u možnosti a/ přibližně v 56 %, nevěřící byli také pro možnost a/ přibližně v 42 %. Žádná odpověď se opět vyskytla u 2 věřících a 2 nevěřících lidí.

Otázka č. 10 se zabývá akceptací provedení eutanázie respondentům či jejich blízkým.

U této otázky byli věřící přibližně v 56 % i nevěřící přibližně v 69 % pro to, aby byla eutanázie provedena jim či jejich blízkým. Toto zjištění naopak moji hypotézu zcela vyvrací, neboť 56 % věřících je pro. Možným důvodem proč u věřících, ale i nevěřících převládá tato odpověď, může být strach z vlastního utrpení i utrpení svých blízkých. Tato úvaha u věřících nemusí být platná, neboť jednou z tezí věřících je utrpení údělem od Boha.

Otázka č. 11 se ptá na typ eutanázie, který by měl být podle respondentů trestný. V této otázce jsem se opět dopustila metodické chyby, k čemuž jsem došla skrze výsledky, které jsou bezcenné pro ověření hypotézy. Tato otázka měla obsahovat odpověď „žádný z uvedených typů“, jako u ověřování hypotézy č. 3. Otázka obsahovala odpověď d/ („jiné“ – všechny typy by měly být trestné). U věřících respondentů převažuje odpověď b/ a d/ (téměř ve 38 %), nevěřící byli pro odpověď b/ přibližně ve 42 %.

Otázka č. 12 zjišťuje názor respondentů na double effect. Téměř 88 % věřících je pro double effect. Nevěřící jsou pro double effect v 90 %. Hypotéza byla potvrzena u nevěřících. Tento výsledek bude zřejmě ovlivněn tím, že double effect církev připouští.

Otázka č. 13 zjišťuje schopnost respondentů akceptovat asistovanou sebevraždu. Přibližně 67 % věřících a 53 % nevěřících by nebyli schopni akceptovat asistovanou sebevraždu.

Otázka č. 14 zjišťuje názor respondentů na pasivní eutanázii. Přibližně 83 % věřících chápe pasivní eutanázii jako vraždu, jako vražda je chápána i nevěřícími přibližně v 69 %. Hypotéza č. 6 byla potvrzena u věřících.

Otázka č. 15 zjišťuje souhlas s legalizací eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí. Věřící na tuto otázku odpověděli přibližně v 52 % „ne“, tedy že jsou proti legalizaci eutanázie v ČR. Naproti tomu nevěřící respondenti zvolili v 88 % možnost, že jsou pro legalizaci („ano“ v 50 %, „spíše ano“ téměř ve 33 %). Z toho vyplývá, že jsou nevěřící pro povolení eutanázie v ČR. Diplomová práce Blahové uvádí, že ve skupině věřících převládal názor pro legalizaci eutanázie (Bláhová, 2008). V mém šetření byli věřící spíše proti uzákonění eutanázie.

Celkový výsledek ukazuje, že hypotéza č. 6 se nepotvrzuje. Z otázek č. 7, 8, 11 neusuzuji závěr, jelikož jsou nehodnotné. Může se zdát, že část hypotézy byla potvrzena otázkou č. 12, 90 % nevěřících bylo pro double effect, který je ale jen jedním z typů eutanázie a proto neukazuje postoj nevěřících

respondentů na eutanázii jako celek. Obdobné je to i u otázky č. 13, asistovaná sebevražda je sice v 67 % pro věřící neakceptovatelnou, ale to opět nemůže vést k potvrzení hypotézy č. 6, jedná se o dílčí část eutanázie.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo objasnit pojem eutanázie a zahrnout oblasti, které se eutanázie týkají. Dalším cílem bylo zjistit, jaký náhled mají zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry) a laici na eutanázii. Jestli pro ně eutanázie znamená přibližně to samé, nebo jestli jsou mezi zdravotníky a laiky nějaké rozdíly. To samé se týká i pohledu věřících a nevěřících na eutanázii a rozdílnosti názorů vzhledem k věku tázaných.

V teoretické části práce jsem se snažila komplexně vysvětlit pojem eutanázie. Věnovala jsem se i smrti, kterou jsem pojmla z obecného hlediska. Uvedla jsem historii eutanázie, pojetí umírá a eutanázie z teologického a psychologického hlediska. Definovala jsem eutanázii podle různých autorů a rozdělila jsem ji na jednotlivé typy (aktivní a pasivní eutanázii, asistovanou sebevraždu, princip dvojího účinku, dříve vyslovená přání). Obsáhnuty byly argumentace pro a proti uzákonění eutanázie a důvody eutanázie. Dále jsem se zajímala o právní úpravu eutanázie v Nizozemí a v České republice.

Cíle teoretické práce jsem splnila.

V druhé části práce se nachází praktická část, která je založena výzkumné metodě (dotazníku).

Cíle a hypotézy praktické části práce:

Položila jsem si 6 cílů, které jsem potvrzovala prostřednictvím jednotlivých hypotéz. Hypotézy jsou vyhodnoceny prostřednictvím odpovědí respondentů.

První cíl, který jsem si stanovila, se týká zjištění, co si zdravotníci a nezdravotníci představují pod pojmem eutanázie. Pro ověření tohoto cíle jsem použila hypotézu č. 1: „Zdravotníci a laici mají stejný názor na to, co je eutanázie.“ Hypotéza se nepotvrdila (zdravotníci mají rozdílný názor na to, co je eutanázie), cíl byl však splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda a popřípadě v jakých případech, jsou zdravotníci a nezdravotníci schopni akceptovat eutanázii a kdy je pro ně morálně ospravedlnitelným činem. K uskutečnění tohoto cíle jsem vytvořila několik hypotéz: Hypotéza č. 2.1 „Předpokládám, že alespoň v jednom případě bude

eutanázii akceptovat každá osoba.“

Hypotéza č. 2.2 „Předpokládám, že přibližně u poloviny zdravotníků bude eutanázie za určitých okolností nemorální čin.“

Hypotéza č. 2.3 „Domnívám se, že pro většinu nezdravotníků bude eutanázie za určitých okolností čin morální.“

Hypotéza č. 2.3 byla potvrzena. K ověření hypotéz č. 2.1 a 2.2 byla vztahována otázka č. 7, u které došlo k metodické chybě. Cíl byl tedy nesplněn, z důvodu bezvýznamných dat z otázky č. 7.

Cílem č. 3 bylo zjistit rozdíly ve vnímání eutanázie vzhledem k věku tázaných. Hypotéza č. 3 (Domnívám se, že vnímání eutanázie je ovlivněno věkem, s tím, že s věkem klesá ochota akceptovat eutanázii) se týká otázky č. 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15. Z důvodu absence odpovědi „nejsem pro žádný z uvedených případů“ v otázce č. 7, 8, 11 nelze tuto hypotézu potvrdit ani vyvrátit, cíl byl nesplněn.

Cílem č. 4 bylo zjistit vnímání pasivní eutanázie, asistované sebevraždy a double effectu. Pro splnění tohoto cíle se vztahují:

Hypotéza č. 4.1: „Předpokládám, že pasivní eutanázie je vnímána u většiny zdravotníků i nezdravotníků jako vražda.“

Hypotéza č. 4.2: „Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla schopna tolerovat asistovanou sebevraždu.“

Hypotéza č. 4.3: „Předpokládám, že double effect není považován za úmyslné ubližování většinou zdravotníků i nezdravotníků.“ Hypotézy č. 4.1 (zdravotníci i nezdravotníci vnímají pasivní eutanázii jako vraždu) a 4.3 (double effect není považován zdravotníky a nezdravotníky za úmyslné ubližování) byly potvrzeny. Hypotéza č. 4.2 (zdravotníci byli ve 40 % a laici v 52 % pro akceptovatelnost asistované sebevraždy) nebyla potvrzena. Cíl byl splněn.

Cílem č. 5 bylo zjistit, zda a popřípadě v jakých případech, by zdravotníci i nezdravotníci považovali legalizaci eutanázie za přípustnou. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 5 „Domnívám se, že přibližně polovina zdravotníků a většina nezdravotníků by byla pro legalizaci eutanázie v určitých případech.“

Hypotéza se mi nepotvrdila (potvrzena byla jen část hypotézy u laiků, kteří byli pro legalizaci eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí v 76 %). Cíl byl splněn.

Cíl č. 6 „Touto prací chci zjistit postoj věřících a nevěřících k eutanázii.“, je zjišťován pomocí hypotézy č. 6 („Předpokládám, že většina věřících má negativní postoj k eutanázii oproti nevěřícím, kde předpokládám, že jsou ve většině případů pro eutanázii.“). Pod tuto hypotézu spadají otázky číslo 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15. U otázky č. 7, 8, 11 je stejný problém, který zmiňuji výše a ze stejného důvodu ani tento cíl nemohu považovat za splněný.

Z výsledků výzkumné práce vyplynulo, že je rozdíl ve vnímání eutanázie mezi zdravotníky a laiky, není ale odlišný velkou měrou. K rozdílným názorům na eutanázii patří to, že pro většinu zdravotníků (24 %) znamená eutanázie usmrcení choré osoby na její přání, u laiků je to v 20 % asistovaná sebevražda (Zajímavý je výsledek morální přijatelnosti a legalizace eutanázie v uvedených případech, kde došlo k rozdílnosti názoru u laiků, kteří by se u morální přijatelnosti přikláněli k možnému provedení eutanázie ženy s nádorem v obličeji, eutanázii by však legalizovali u ženy trpící nemocí centrálního nervového systému. Otázka týkající se přípustnosti provedení eutanázie respondentům či jejich blízkým, se lišila v názorech mezi zdravotníky a laiky ve 24 %, zdravotníci byli pro v 88%, laici v 64 %. U otázky trestnosti uvedených typů eutanázie byla zdravotníky ve 14 % a laiky v 30% uvedena možnost trestnosti všech uvedených typů eutanázie. V schopnosti akceptovat asistovanou sebevraždu byla rozdílnost názorů 12 %, zdravotníci byli pro ve 40 %, laici v 52 %. Poslední otázka týkající se souhlasu legalizace eutanázie v České republice po vzoru Nizozemí byla rozdílná zejména v odpovědích „spíše ano“ a „ne“, zdravotníci zvolili možnost „spíše ano“ ve 38 %, laici v 18 %, možnost „ne“ dali zdravotníci v 16 % a laici ve 24 %.

Velice mě zaujal výsledek hypotézy týkající se definice eutanázie u zdravotníků a laiků. Byl zde předpoklad stejného mínění o tomto tématu, který byl vyvrácen nestejnou znalostí respondentů o eutanázii a to u nezdravotníků - zužováním eutanázie pouze na typ, tedy nevědomost, co eutanázie znamená. Toto zjištění by stálo za další výzkum.

Pro další výzkumné práce bych doporučovala velmi dobře propracovaný systém

odpovědí v dotazníku, aby nedocházelo ke zkreslování údajů. V dalším výzkumu bych také zvolila širší vzorek respondentů, aby byl rovnoměrný a dostatečný počet tázaných v jednotlivých věkových kategoriích.

Eutanázie je velmi rozsáhlé téma. Proto by bylo vhodné směřovat pozornost na výzkumy, zjišťující postoj respondentů k jednotlivým typům eutanázie.

LITERATURA

BLAHOVÁ, Zuzana. *EUTANÁZIE - ANO ČI NE?* [online]. Brno : Theses.cz, 2008. 104 s. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Dostupné z WWW: <<http://theses.cz/id/vw1b76/>>.

BUMBA, Ivan. *Eutanázie ano či ne?* [online]. Brno : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. 65 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Dostupné z WWW: <http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/13027/bumba_2010_bp.pdf?sequence=1>.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. Vyd. 2. Praha : Orac, 2004. 183 s. ISBN 80-86199-75-4.

GORMALLY, Luke. *The Dependent Elderly*. Vyd. 1. Cambridge : Press Syndicate at University of Cambridge, 1992. 202 s. ISBN 0-521-41531-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Vyd. 2. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Vyd. 3. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

KATOLICKÁ CÍRKEV. KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace pro nauku víry*. Vyd. 2. Karmelitánské nakladatelství, 2009. 23 s. ISBN 978-80-7195-334-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Vyd. 1. Turnov : Arnica, 1992. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha : TRITON, 2002. 276 s. ISBN 80-7252-235-4.

MIKULČICKÁ, Jana. *Euthanasie jako právní problém?* [online]. Brno : Masarykova univerzita, 2008/2009. 62 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Katedra právní teorie. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/65531/pravf_m/Euthanasie_jako_pravni_problem.pdf?lang=en>.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

NÁHLÍKOVÁ, Jana. *Eutanazie - správná volba* [online]. Brno : Masarykova univerzita, 2008. 49 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra občanské výchovy. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/190352/pedf_b/bakalarka.pdf>.

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

OLIVER, D. A perspective on euthanasia. *British Journal of cancer*. 2006, roč. 95, č. 8, s. 953-954.

OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha : Mladá fronta a.s., 2008. 53 s. ISBN 978-80-204-1876-0.

PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ Christiane. *Paliativní péče : principy a praxe*. Vyd. 1. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

POLLARD, Brian. *EUTANAZIE ano či ne?* Vyd. 1. Praha : Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.

PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanazie. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 257-264. ISSN 1212-4117.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*. Vyd. 1. Praha : Vyšehrad, spol. s r. o., 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.

SKÁCELOVÁ, Ladislava. *Eutanazie*. [online]. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 111 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/51186/lf_m/Diplomova_prace.pdf?lang=en>.

STRUNECKÁ, Anna. Eutanazie - dobrá smrt. Ale jak? *Československá fyziologie*. 2008, roč. 57, č. 1, s. 35. Dostupný také z WWW: <http://www.tigis.cz/images/stories/Fyziologie/2008/1_08/08_Ruzne_Cs.Fyziologie_1_08.pdf>. ISSN 1210-6313.

TOMÁŠ, P.; BAHOUNEK, J. EUTANAZIE : Křesťanské a mravní aspekty eutanazie. *Sdružení přátel bl. Hyacinta M. Cormiera* [online]. 2006. [cit. 2011-03-15]. Dostupný také z WWW: <<http://www.cormier.cz/eut.htm>>.

SUM, Tomáš. Eutanázie v právním řádu ČR. *Epravo.cz* [online]. 20.10.2004. [cit. 2011-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html>>.

ŠIPR, Květoslav. K návrhu na legalizaci eutanazie v České republice. *BIOETIKA : Scripta bioethica*. 2008, roč. 8, č. 1-2, s. 19-22. Dostupný také z WWW: <<http://bioetika.cz/clanky/2008-1-2-eutanazie.pdf>>. ISSN 1213-2977

ŠMIDMAYEROVÁ, Petra. *Euthanasie, problém praktické etiky*. [online]. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 103 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Katedra filozofie. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/224853/ff_m/Euthanasie__problem_prakticke_etiky.pdf?lang=en>.

ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Euthanasie : víme o čem mluvíme?* Vyd. 1. Praha : Hospicové sdružení Cesta domů, 2006. 42 s.

ŠUSTEK, Petr. Euthanasie: Pro a proti. *Právo a medicína* [online]. 11.4.2002. [cit. 2011-03-13]. Dostupný z WWW: <http://medico.juristic.cz/149249>

VIRT, Gunter. *Žít až do konce*. Vyd. 1. Praha : Vyšehrad, spol. s r. o., 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VOZÁR, Josef. *Eutanázia : právne aspekty*. Vyd. 1. [Pezinok] : Formát, 1995. 168 s. ISBN 80-967469-2-8.

PŘÍLOHY
Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den, dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Jsem studentkou bakalářského oboru všeobecná sestra a téma mé práce je „Eutanázie - právo na život a na smrt“. Dotazník je anonymní a účast ve studii je dobrovolná. Na vyplnění dotazníku nebudete potřebovat více než 10 minut, je vždy pouze jedna možná odpověď. Děkuji Vám předem za Vaši účast.

Michaela Choutková
3. ročník bakalářského studia
1. lékařské fakulty UK v Praze
obor: všeobecná sestra

Nejprve potřebuji několik identifikačních údajů:

1. Jste
a/ žena; b/ muž
2. Uveďte věk:
3. Pracovní zařazení
a/ lékař; b/ všeobecná sestra; c/ jiné (vypište):
4. Nejvyšší dosažené vzdělání
a/ střední škola; b/ vyšší odborná škola; c/ vysoká škola; d/ jiné (vypište):
5. Jste
a/ ateista; b/ katolík; c/ jiné (vypište):
6. Zkuste definovat, co je podle Vás pojem eutanázie.

.....

7. Ve kterém z těchto případů, by podle Vás byla eutanázie morálně ospravedlnitelná?

a/ 40letá žena žádající o eutanázii trpí velmi vzácným, nevléčitelným, bolestivým a znetvořujícím nádorem v obličeji, z důvodu kterého také ztratí čich, chuť a poté prakticky oslepne.

b/ 65letá ochrnutá žena trpí neléčitelnou nemocí buněk centrálního nervového systému. Výsledkem nemoci je oslabení dýchacích svalů. Tato žena prakticky nemůže mluvit a je vyživována pomocí trubičky.

c/ 23letý muž upadl do hlubokého bezvědomí po automobilové nehodě a při životě ho udržují jen přístroje. Jeho rodiče žádají o odpojení od přístrojů.

d/ 2leté dítě trpí vážnou vrozenou vadou, důsledkem které je těžce mentálně i fyzicky retardované. Vždy bude zcela závislé na pomoci jiné osoby.

e/ V porodnici došlo k narození extrémně nezralého novorozence. Není jisté, jak dlouho bude žít, jisté je velmi vážné poškození zdraví. Naděje na důstojný život je mizivá.

f/ 32letý muž trpící několik let těžkými depresemi, který žádá o asistovanou sebevraždu.

8. Ve kterém z případů uvedených v otázce č. 7 byste byli pro legalizaci eutanázie?

a/ b/ c/ d/ e/ f/

9. Setkali jste se někdy se situací, kdy pacient žádal o ukončení svého života?

a/ ano

Uveďte

b/ ne

10. Bylo by pro Vás přípustné, aby byla eutanázie provedena Vám, či Vaším blízkým?

a/ ano

b/ ne

11. Jaký typ eutanázie by podle Vás měl být trestný?

a/ eutanázie prováděná dětem

b/ eutanázie provedená lidem v nepříznivé životní situaci, kteří přemýšlejí o sebevraždě

c/ eutanázie provedená pacientovi bez jeho souhlasu, pouze se souhlasem jeho rodiny

d/ jiné (vypište).....

12. Považujete zvyšující se dávky léků ke zmírnění bolesti, jejichž následkem může být smrt, za úmyslné usmrcení v případě, kdy smrt skutečně nastane? Účelem aplikace léků není člověka usmrtit, ale tišit bolest, avšak lékař i aplikující sestra o riziku smrti při zvyšujících se dávkách těchto léků vědí, nevědí však kdy přesně (tj. při jaké dávce) nastane.

a/ ano

b/ ne

13. Byl/a byste schopen/schopna akceptovat z etického hlediska asistovanou sebevraždu, tedy poskytnutí rady, materiálu, nebo přímé pomoci při přípravě sebevraždy pacienta?

a/ ano

b/ ne

14. Chápete cílené zřeknutí se nebo neposkytnutí životně důležité léčby nebo péče v případech, ve kterých je zřejmé, že důsledkem jejich neposkytnutí může být nebo bude smrt, jako vraždu? Jde např. o neposkytnutí výživy, aplikace kyslíku, antibiotika v případě zápalu plic aj.)

a/ ano

b/ ne

15. Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR po vzoru Nizozemí? Tj. za splnění těchto předpokladů:

- žádost musí pocházet jen od pacienta a musí být svobodná a chtěná;
- pacientova žádost musí být dobře uvážená, pevná a nezvratná;
- pacientův stav musí působit nesnesitelné útrapy bez perspektivy zlepšení;
- eutanázie musí být poslední opatření; musí být vzaty v úvahu a hledány všechny alternativy ke zmírnění pacientovi situace;
- eutanázie musí být provedena lékařem;
- lékař musí provést konzultaci s jiným nezávislým lékařem, který má zkušenosti z této oblasti

a/ ano

b/ spíše ano

c/ ne

Děkuji Vám za spolupráci a prosím o kontrolu, zda jste zodpověděli na všechny otázky.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis